



1 de enero – 31 de diciembre de 2021

EVIDENCIA DE COBERTURA

Su cobertura de beneficios y servicios de salud y de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Cigna Preferred Medicare (HMO)

Este cuadernillo incluye los detalles de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2021. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos con receta que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Cigna Preferred Medicare (HMO), es ofrecido por Cigna. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna Preferred Medicare [HMO]).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

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

Los beneficios y/o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Evidencia de cobertura de 2021**Índice**

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

Capítulo 1.	Primeros pasos para los miembros	4
	Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Trata sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía para la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
Capítulo 2.	Números de teléfono y recursos importantes	17
	Le dice cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna Preferred Medicare [HMO]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización de Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación Ferroviaria.	
Capítulo 3.	Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos	30
	Explica cosas importantes que usted necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y dónde atenderse cuando tenga una emergencia.	
Capítulo 4.	Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga).....	40
	Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles <i>no</i> están cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.	
Capítulo 5.	Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D	76
	Explica las reglas que tiene que seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Trata sobre los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde despachar sus recetas. Trata sobre los programas del plan relativos a la seguridad y la administración de los medicamentos.	
Capítulo 6.	Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D	93
	Trata sobre las tres etapas de cobertura de los medicamentos (Etapas de cobertura inicial, Etapas de interrupción de cobertura, Etapas de cobertura de gastos excedentes) y la manera en que estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los 5 niveles de costo compartido correspondientes a sus medicamentos de la Parte D y explica lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.	
Capítulo 7.	Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos	105
	Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desea pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.	
Capítulo 8.	Sus derechos y responsabilidades	111
	Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le dice lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.	

Capítulo 9.	Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	120
	Le dice qué hacer, paso a paso, si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none">• Explica cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo inconvenientes para recibir la atención médica o los medicamentos con receta que piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o las restricciones adicionales de su cobertura para medicamentos con receta, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.	
Capítulo 10.	Cómo finalizar su membresía en el plan	156
	Explica cómo y cuándo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.	
Capítulo 11.	Avisos legales	163
	Incluye avisos sobre derecho aplicable y sobre no discriminación.	
Capítulo 12.	Definiciones de términos importantes.....	167
	Explica los términos más importantes que se usan en este cuadernillo.	

CAPÍTULO 1

Primeros pasos para los miembros

Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros

SECCIÓN 1	Introducción	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en Cigna Preferred Medicare (HMO), que es un Plan HMO de Medicare	6
Sección 1.2	¿De qué trata el cuadernillo de <i>Evidencia de cobertura</i> ?	6
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	6
SECCIÓN 2	¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?	6
Sección 2.1	Sus requisitos para ser miembro	6
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?	7
Sección 2.3	Esta es el área de servicio de nuestro plan	7
Sección 2.4	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país	7
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?	7
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos con receta cubiertos	7
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	8
Sección 3.3	El <i>Directorio de proveedores y farmacias</i> : su guía para las farmacias de nuestra red	8
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	9
Sección 3.5	La <i>Explicación de beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D	9
SECCIÓN 4	La prima mensual de su plan	9
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar de prima por su plan?	9
SECCIÓN 5	¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?	10
Sección 5.1	¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?	10
Sección 5.2	¿Cuánto debe pagar de multa por inscripción tardía para la Parte D?	10
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa	10
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía para la Parte D?	11
SECCIÓN 6	¿Debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?	11
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a los ingresos?	11
Sección 6.2	¿Cuánto debe pagar de cantidad adicional por la Parte D?	11
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?	12
Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional por la Parte D?	12
SECCIÓN 7	Más información acerca de su prima mensual	12
Sección 7.1	Si usted paga una multa por inscripción tardía para la Parte D, hay diversas maneras en las que puede pagar su multa	12
Sección 7.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	13
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de membresía del plan	13
Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted	13
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal	14
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida	14

SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	14
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	14

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Usted está inscrito en Cigna Preferred Medicare (HMO), que es un Plan HMO de Medicare**

Su cobertura está a cargo de Medicare, y usted ha elegido obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Cigna Preferred Medicare (HMO).

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Cigna Preferred Medicare (HMO) es un Plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

La cobertura en virtud de este plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el cuadernillo de Evidencia de cobertura?

Este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. También le explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos con receta que usted tiene disponibles como miembro de Cigna Preferred Medicare (HMO).

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

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

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura**Es parte de nuestro contrato con usted**

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

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en nuestro plan, del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2021, podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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

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

Usted reúne los requisitos para ser miembro de nuestro plan si:

- Usted tiene la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare (en la Sección 2.2 se le informa sobre la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare)
- –y– vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 que aparece a continuación describe nuestra área de servicio)
- –y– es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en el país

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

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

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de cuidados especiales o agencias de cuidado de la salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios de profesionales médicos, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados artículos (como equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] y artículos médicos).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio de nuestro plan

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Georgia: Clarke, Franklin, Greene, Madison, Morgan, Oconee, Oglethorpe, Walton

Si piensa mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Cuando se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

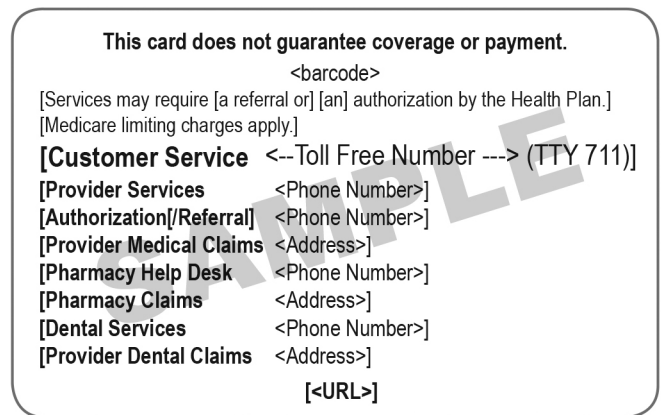
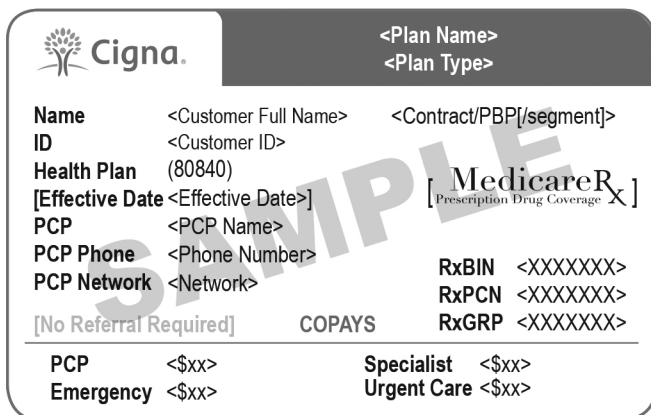
Sección 2.4 Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país

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

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos con receta cubiertos

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



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Cigna Preferred Medicare (HMO), quizás tenga que pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Quizás le pidan que muestre su tarjeta si necesita servicios hospitalarios y servicios para enfermos terminales, o si participa en estudios de investigación de rutina.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: Si recibe sus servicios cubiertos usando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Cigna Preferred Medicare (HMO) mientras sea miembro del plan, quizás tenga que pagar todo el costo por su cuenta.

En caso de daño, pérdida o robo de su tarjeta de membresía del plan, llame a Servicio al Cliente de inmediato, y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

El *Directorio de proveedores y farmacias* detalla los proveedores de servicios y de equipos médicos duraderos de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales del cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web www.cignamedicare.com.

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

Es importante que sepa qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, deberá usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos mientras sea miembro de nuestro plan. Al elegir un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), también elegirá toda una red (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedirle una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Puede pedirle a Servicio al Cliente más información sobre los proveedores de nuestra red, incluida la formación profesional. También puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.cignamedicare.com, o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

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

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron despachar medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué debe estar al tanto de las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de proveedores y farmacias* para buscar la farmacia de la red que desee usar. Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para ver qué farmacias están incluidas en nuestra red.**

En el *Directorio de proveedores y farmacias* también se indicará qué farmacias de nuestra red tienen opciones preferidas de costo compartido, que pueden ser más bajas que las opciones estándares de costo compartido que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedirle una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Puede llamar a Servicio al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, www.cignamedicare.com, o descargarla de este sitio web. Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias de nuestra red.

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

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

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

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

Sección 3.5 La Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D

Quando use los beneficios para medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un resumen que le ayudará a entender los pagos de sus medicamentos con receta de la Parte D y a hacer un seguimiento. Este resumen se llama *Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la Parte D* (o la “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted, u otras personas en su nombre, gastó/gastaron en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que nosotros pagamos por cada uno de sus medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D brinda más información sobre los medicamentos que usted tome, como aumentos en los precios y otros medicamentos con menor costo compartido que podrían estar disponibles. Debe consultar a su proveedor sobre estas opciones de menor costo. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*) le brinda más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y la forma en que puede ayudarle a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 La prima mensual de su plan

Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar de prima por su plan?

Usted no tiene que pagar una prima mensual aparte por su plan. Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser **mayor**

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que la cantidad indicada anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** para la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a reunir los requisitos o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura “acreditable” de medicamentos con receta. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía para la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su multa por inscripción tardía para la Parte D.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía para la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica la multa por inscripción tardía para la Parte D.
 - Si tiene una multa por inscripción tardía para la Parte D y no la paga, su inscripción en el plan podría cancelarse.

- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, porque 2 años atrás tenían un ingreso bruto ajustado modificado superior a una cantidad determinada en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar la cantidad de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA con mayor detalle.

SECCIÓN 5 ¿Tiene que pagar la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la “multa por inscripción tardía” para la Parte D?

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se suma a su prima de la Parte D. Usted puede adeudar una multa por inscripción tardía para la Parte D si, en cualquier momento después de que terminó el período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más durante el cual no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable de la Parte D ni de otro tipo. La “cobertura de medicamentos con receta acreditable” es cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Deberá pagar esta multa durante el tiempo en que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, le informamos la cantidad de la multa. Se considera que su multa por inscripción tardía para la Parte D es la prima de su plan.

Sección 5.2 ¿Cuánto debe pagar de multa por inscripción tardía para la Parte D?

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que usted demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir del momento en que reunió los requisitos para hacerlo; o cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare nacionales del año anterior. Para 2021, esta cantidad promedio de la prima es de \$33.06.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear la cifra a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$33.06, que es igual a \$4.62. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía para la Parte D.**

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

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

Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa

Incluso si se demoró en inscribirse en un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando comenzó a reunir los requisitos para hacerlo, hay casos en que no se aplica la multa por inscripción tardía para la Parte D.

No deberá pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto “**cobertura de medicamentos acreditable**”. Tenga en cuenta lo siguiente:
 - La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicará, cada año, si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.
 - Tenga en cuenta lo siguiente: Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando termine su cobertura de salud, es posible que esto no signifique que su cobertura de medicamentos con receta era acreditable. La notificación debe establecer que usted tenía cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - Las siguientes coberturas *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.
 - Para obtener información adicional sobre cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2021* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted no tenía cobertura acreditable, pero el período en que no la tuvo fue de menos de 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía para la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha que aparezca en la primera carta que usted reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido a los ingresos?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, superan determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

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

Sección 6.2 ¿Cuánto debe pagar de cantidad adicional por la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés), según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) superan determinada cantidad, pagará una cantidad adicional además de la prima mensual de su plan. Para obtener más información acerca de la cantidad adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional por la Parte D?

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

Sección 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional por la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley exige que usted pague la cantidad adicional, y usted no la paga, su inscripción en el plan se cancelará, y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información acerca de su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó previamente en la Sección 2, para reunir los requisitos para participar en nuestro plan, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (quienes no reúnen los requisitos para la Parte A sin primas) pagan una prima por la Parte A de Medicare. Y la mayoría de los miembros del plan pagan una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, superan determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar la cantidad adicional y no la paga, su inscripción en el plan se cancelará, y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social –**no su plan de Medicare**– le enviará una carta para indicarle de cuánto será esa cantidad adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este cuadernillo. También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O 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 2021* le brinda información sobre las primas de Medicare en la sección “Costos de Medicare 2021”. Esto explica las distintas primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare que se aplican a personas con diferentes ingresos. Todos los miembros de Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* todos los años en otoño. Las personas que se han inscrito recientemente en Medicare la reciben en el plazo de un mes a partir de su inscripción. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2021* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía para la Parte D, hay diversas maneras en las que puede pagar su multa

Si debe pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D, puede hacerlo de cuatro maneras. Le pedimos que elija su opción de pago de la multa por inscripción tardía cuando complete su formulario de inscripción. También puede llamar a Servicio al Cliente para informarnos qué opción eligió o si desea realizar un cambio.

Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía para la Parte D, pueden pasar hasta tres meses hasta que su nuevo método de pago entre en vigor. Mientras procesamos su solicitud de cambio del método de pago, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de pagar su multa por inscripción tardía para la Parte D a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con cheque

Su multa por inscripción tardía para la Parte D es mensual, pero puede pagarla de manera trimestral o anual si lo prefiere. Puede decidir pagar su multa por inscripción tardía para la Parte D directamente a nuestro plan. Debe enviarnos su cheque o giro postal a nombre de Cigna, a más tardar, el último día del mes. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Su cheque no debe ser pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), o el Departamento

de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés). El pago debe enviarse a Cigna, P.O. Box 742642, Atlanta, GA 30374-2642. Los pagos enviados a otra dirección de Cigna demorarán el procesamiento del pago.

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

En lugar de pagar con cheque, puede pedir que su multa por inscripción tardía para la Parte D se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Para pedir que su multa por inscripción tardía se debite de su cuenta bancaria mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), comuníquese con Servicio al Cliente. Deduciremos automáticamente su multa por inscripción tardía para la Parte D alrededor del día 15 de cada mes (si el día 15 cae en fin de semana, la deducción se realizará el siguiente día hábil).

Opción 3: Puede pedir que la multa por inscripción tardía para la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía para la Parte D se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta forma. Nos complacerá ayudarle a coordinarlo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Opción 4: Puede pagar en línea

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

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

Debemos recibir su multa por inscripción tardía para la Parte D en nuestra oficina antes del último día del mes.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía para la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicio al Cliente para averiguar si podemos darle información sobre programas que le ayudarán con su multa. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

No. No tenemos permitido comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo comunicaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, quizás necesite comenzar a pagar o quizás pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si estuvo un período continuo de 63 días o más sin una cobertura de medicamentos con receta “acreditable”). Esto podría suceder si usted comenzara a reunir los requisitos para el programa “Ayuda Adicional” o si deja de reunirlos durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía para la Parte D y comienza a reunir los requisitos para la “Ayuda Adicional” durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted

Su registro de membresía tiene información tomada de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan, lo que incluye su proveedor de cuidado primario/grupo médico/IPA. Un grupo médico es una asociación de proveedores de cuidado primario (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares, como terapeutas y radiólogos. Una asociación de médicos independientes (IPA, por sus siglas en inglés) es un grupo de médicos de cuidado primario y especialistas que trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas.

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

Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y

cuáles son sus cantidades de costo compartido. Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en la cobertura de cualquier otro seguro de salud que tenga (como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de accidentes de trabajo o Medicaid)
- Si tiene alguna demanda de responsabilidad civil, como una demanda por un accidente automovilístico
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si se atiende en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si cambia la persona responsable designada (como un cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica

Si alguno de estos datos cambia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para informarlo.

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

Lea la información que le enviemos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga

Medicare nos exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico y/o cobertura de seguro de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios en virtud de nuestro plan. (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 cambios en su cobertura de otros seguros, le enviaremos una carta junto con un cuestionario para confirmar la cobertura de otros seguros. Le pedimos que complete el cuestionario y nos lo devuelva, o que llame a Servicio al Cliente para informarnos si sigue teniendo la cobertura de otros seguros o si ha finalizado. Si tiene cobertura de otro seguro médico u otro seguro de medicamentos que no esté incluido en la carta, llame a Servicio al Cliente para informarnos sobre esta otra cobertura (el número de teléfono de Servicio al Cliente está impreso en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal

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

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

Para obtener más información sobre la forma en que protegemos su información sobre la salud personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este cuadernillo.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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

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

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de un plan de salud colectivo depende de su empleo actual o del de un familiar, la decisión de quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de empleados de su empleador y de si usted tiene Medicare en función de su edad, una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):

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

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

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

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

Si usted tiene otro seguro, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en forma correcta y puntual.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos del plan (cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan)	18
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	22
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare).....	23
SECCIÓN 4	Organización de Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)	23
SECCIÓN 5	Seguro Social	24
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos).....	24
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	25
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria	27
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?	28

SECCIÓN 1 Contactos del plan

(cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan)

Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan

Para obtener asistencia con preguntas sobre tarjetas de miembro, facturación o reclamos, llame o escriba a Servicio al Cliente de nuestro plan. Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para quienes no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252 LetUsHelpU@cigna.com
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura respecto de su atención médica

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

Si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura, puede llamarnos.

Método	Decisiones de cobertura respecto de la atención médica – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Precertification Department, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre la presentación de una apelación respecto de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones respecto de la 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 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
FAX	1-855-350-8671
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Part C Appeals, P.O. Box 188081, Chattanooga, TN 37422

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja respecto de su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de nuestra red, lo cual incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas respecto de pagos ni de la cobertura. (Si su problema está relacionado con los pagos o la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre la presentación de una queja respecto de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre el pedido de decisiones de cobertura respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
FAX	1-866-845-7267
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Coverage Determination & Exceptions, 8455 University Place #HQ2L-04, St. Louis, MO 63121
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones respecto de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
FAX	1-866-593-4482
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Medicare Clinical Appeals, P.O. Box 66588, St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	www.cignamedicare.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de nuestra red, lo cual incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas respecto de pagos ni de la cobertura. (Si su problema está relacionado con los pagos o la cobertura del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le otorguemos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto	
CORREO POSTAL	Parte C (servicios médicos) Cigna Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims P.O. Box 20002 Nashville, TN 37202	Parte D (medicamentos con receta) Cigna Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
SITIO WEB	www.cignamedicare.com	

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”, por sus siglas en inglés). Esta agencia tiene contratos con organizaciones Medicare Advantage, como nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<p>www.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare. • Localizador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe su queja a Medicare: Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa. <p>En caso de que no tenga computadora, visite la biblioteca local o algún centro para personas mayores desde donde pueda hacer uso de una computadora y visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y decir cuál es la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Georgia, el SHIP se llama GeorgiaCares.

GeorgiaCares es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare.

Los asesores de GeorgiaCares pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus derechos en virtud de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de GeorgiaCares también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

Método	GeorgiaCares – Información de contacto
TELÉFONO	1-866-552-4464 (opción 4)
TTY	1-404-657-1929 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	GeorgiaCares, 2 Peachtree Street NW, 33rd Floor, Atlanta, GA 30303
SITIO WEB	www.mygeorgiacares.org/

SECCIÓN 4 Organización de Mejora de la Calidad

(pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare)

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

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes paga el Gobierno Federal. Medicare paga a esta organización para que verifique la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare y ayude a mejorarla. KEPRO es una organización independiente. No está vinculada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que su cobertura para una hospitalización terminará demasiado pronto.
- Si cree que su cobertura para cuidados de la salud en el hogar, cuidados en un centro de cuidados especiales o servicios en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF, por sus siglas en inglés) terminará demasiado pronto.

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

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos y residentes permanentes legales de los Estados Unidos de 65 años en adelante, los que tienen una discapacidad o los que tienen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones reúnen los requisitos para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social se ocupa del proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

(un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos)

Medicaid es un programa gubernamental federal y estatal conjunto que ayuda a determinadas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos para obtener Medicaid.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare” ayudan a las personas con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado con ingresos bajos (SLMB, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para obtener beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades que están trabajando calificadas (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayudan a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia.

Método	Departamento de Salud Comunitaria de Georgia – Información de contacto
TELÉFONO	1-404-657-5468 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	Georgia Department of Community Health, 2 Peachtree Street NW, Atlanta, GA 30303
SITIO WEB	https://medicaid.georgia.gov

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

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

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

Es posible que las personas con recursos e ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”. Algunas personas reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” en forma automática, y no es necesario que la soliciten. Medicare envía una carta a quienes reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” automáticamente.

Es posible que usted pueda recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus costos y primas de medicamentos con receta. Para determinar si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”, puede llamar a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

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

- Comuníquese con Servicio al Cliente para solicitar asistencia o para proporcionar uno de los documentos mencionados a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos mencionados a continuación deben demostrar que usted reunió los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
 1. Una copia de su tarjeta de Medicaid, que incluye su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de acuerdo con su condición.
 2. Un informe de contacto que incluya la fecha en que se efectuó una llamada de verificación a la agencia estatal de Medicaid y el nombre, cargo y número de teléfono del integrante del personal del estado que verificó la condición con respecto a Medicaid.
 3. Una copia de un documento estatal que confirme su condición activa en Medicaid.
 4. Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
 5. Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
 6. Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
 7. Una Notificación de adjudicación del Seguro de Ingreso Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) con una fecha de entrada en vigor.
 8. Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) que confirme que usted “...cumple los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Adicional...”.
- Si usted es un miembro que está internado en una institución, proporcione uno o más de los siguientes documentos:

1. Una remesa de un centro de cuidados a largo plazo que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
 2. Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de cuidados a largo plazo en su nombre para un mes calendario completo.
 3. Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su condición de paciente institucionalizado sobre la base de una estadía mínima de un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid.
 4. Las personas que reciben servicios en el hogar y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) podrán presentar una copia de lo siguiente:
 - a) Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - b) Un Plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - c) Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
 - d) Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
 - e) Un documento emitido por el estado, como un aviso de remisión, que confirme el pago por HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
- Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que, cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia, se aplique el copago correcto. Si usted paga un copago superior, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo contabiliza como dinero que usted adeuda, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre medicamentos de marca a miembros de la Parte D que hayan alcanzado la interrupción de cobertura y no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. En el caso de medicamentos de marca, el descuento del 70% que proporcionan los fabricantes excluye cualquier cargo por despacho, por costos durante el período de la interrupción. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo por el despacho de los medicamentos de marca.

Si usted alcanza la interrupción de cobertura, aplicaremos automáticamente el descuento cuando su farmacia le facture su medicamento con receta, y en su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) aparecerá cualquier descuento que se haya realizado. Tanto la cantidad que pague usted como la cantidad descontada por el fabricante se computarán para sus costos de desembolso como si los hubiera pagado, y esto le permitirá salir de la Etapa de interrupción de cobertura. La cantidad pagada por el plan (el 5%) no se computa para sus costos de desembolso.

También recibirá algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Si usted alcanza la interrupción de cobertura, el plan paga el 75% del precio de los medicamentos genéricos, y usted paga el 25% restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (el 75%) no se computa para sus costos de desembolso. Solo la cantidad que usted pague se computa y le permite salir de la Etapa de interrupción de cobertura. Además, el cargo por el despacho se incluye como parte del costo del medicamento.

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que reúnen los requisitos y que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP permiten recibir asistencia con los costos compartidos de los medicamentos a través del Programa de Asistencia para el SIDA de Georgia. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un ADAP actualmente, este programa puede seguir brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario del ADAP. A fin de asegurarse de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique cualquier cambio en el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare al empleado encargado de las inscripciones de su ADAP local.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP) de su estado al número de teléfono indicado a continuación.

Método	Programa de Asistencia para el SIDA de Georgia – Información de contacto
TELÉFONO	1-404-463-0416 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	Georgia AIDS Assistance Program, Georgia Department of Public Health, 2 Peachtree Street NW, 15th Floor, Atlanta, GA 30303-3186
SITIO WEB	http://dph.georgia.gov/adap-program

¿Qué sucede si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos con receta durante la interrupción de cobertura.

¿Qué sucede si no recibe un descuento, pero piensa que debería haberlo recibido?

Si piensa que ha alcanzado la interrupción de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su siguiente 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 con receta sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le adeuda un descuento, usted puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

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

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede hacer preguntas sobre el período de inscripción, las primas o los beneficios de salud que ofrece el seguro de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

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

SECCIÓN 1	Cosas que necesita saber al obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan.....	31
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	31
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan.....	31
SECCIÓN 2	Use proveedores de la red del plan para recibir atención médica.....	32
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise.....	32
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP?	32
Sección 2.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red.....	33
Sección 2.4	Cómo atenderse con proveedores fuera de la red	33
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe	33
Sección 3.1	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica	33
Sección 3.2	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia	34
Sección 3.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe	35
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	35
Sección 4.1	Puede pedirnos que pagemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	35
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total	35
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un “estudio de investigación clínica”?	36
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	36
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	36
SECCIÓN 6	Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una “institución religiosa de cuidados de la salud no médicos”.....	37
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?.....	37
Sección 6.2	Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos.....	37
SECCIÓN 7	Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos	37
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan?.....	37
SECCIÓN 8	Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento	38
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....	38
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	38
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	38

SECCIÓN 1 Cosas que necesita saber al obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber al usar el plan para obtener su atención médica cubierta. Le brinda definiciones de términos y explica las reglas que necesitará seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios y otra atención médica que están cubiertos por el plan.

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

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

A continuación se brindan algunas definiciones que pueden ayudarle a comprender la manera en que recibe la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud con licencia del estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Al atenderse con un proveedor de la red, pagará solo su parte del costo por sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los suministros y los equipos cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se detallan en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

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

Como 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 que se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que usted recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un proveedor de cuidado primario (un PCP) que está brindando y supervisando su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). *A continuación, se establecen tres excepciones:*
 - El plan cubre atención de emergencia o servicios de urgencia que usted reciba de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, puede obtener esta atención a través de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, lea la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise

¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?

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

¿Cómo elige su PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un PCP nuevo. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.

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

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP?

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

- Cuidados de salud de rutina para mujeres, que incluyen exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba a través de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que se las aplique un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal (por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudar a coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

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

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

Al elegir un PCP, también elegirá toda una red (un grupo específico de proveedores del plan) de especialistas y hospitales a los cuales su PCP le referirá. Si desea usar especialistas u hospitales específicos, debe averiguar si están en la red de su plan. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar.

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

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor puede irse de su plan; pero si su médico o especialista efectivamente se van de su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le garanticemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar sus necesidades de cuidado de la salud.

Para recibir asistencia, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo), y ellos podrán ayudarle a elegir un nuevo proveedor en su área. También puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias* para obtener un listado de todos los proveedores de la red en su área, o visitar nuestro sitio web www.cignamedicare.com para acceder a la versión más actualizada del *Directorio de proveedores y farmacias*. Una vez que elija un proveedor en su área, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) y brindarles esta información.

Sección 2.4 Cómo atenderse con proveedores fuera de la red

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

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

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

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de emergencia médica?

Existe una “**emergencia médica**” cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Pida ayuda lo más rápido que pueda.** Llame al 911 para recibir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga previamente la aprobación o referencia de su PCP.
- **Asegúrese de que se informe su emergencia a nuestro plan lo antes posible.** Debemos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, habitualmente, dentro de las 48 horas. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de membresía. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Además, debe llamar a su PCP. El número de teléfono de su PCP aparece en la parte de adelante de su tarjeta de membresía.

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

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o de sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Su plan cubre las emergencias fuera del país. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando la atención de emergencia para ayudar con la administración y el seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando atención de emergencia determinarán cuándo su afección está estable y ha finalizado la emergencia médica.

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

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

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

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

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

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

Los “servicios de urgencia” son aquellos necesarios para una enfermedad médica, lesión o afección imprevista que no representa una emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si está en el área de servicio del plan cuando necesita cuidados de urgencia?

Siempre debe tratar de obtener los servicios de urgencia a través de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal, y no es razonable esperar a atenderse con su proveedor de la red cuando esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para obtener una lista de los centros de cuidado de urgencia de nuestra red, consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. Puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información sobre cómo acceder a centros de cuidado de urgencia. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando necesita cuidados de urgencia?

Si está fuera del área de servicio y no puede atenderse con un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos y en todo el mundo en las siguientes circunstancias descritas en los beneficios de Servicios de emergencia y de urgencia detallados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

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

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

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

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

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

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

Si pagó una parte de los servicios cubiertos superior a la que le corresponde o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Nuestro plan cubre todos los servicios médicos que sean médicamente necesarios. Estos servicios están incluidos en el Cuadro de beneficios médicos del plan (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo) y se obtienen de conformidad con las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubra, ya sea porque el plan no cubre esos servicios o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Si tiene alguna pregunta respecto de si pagaremos algún tipo de atención médica o servicio médico que está considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a pedirnos esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir sus servicios de cuidado de la salud.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre lo que debe hacer si desea solicitarnos una decisión de cobertura o apelar una decisión que ya tomamos. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un “estudio de investigación clínica”?**Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una vía que médicos y científicos utilizan para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, para determinar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos medicamentos o procedimientos médicos pidiendo voluntarios que colaboren con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a verificar si este nuevo enfoque resulta eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a miembros de nuestro plan. En primer lugar, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* aprobó, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si es parte de un estudio de investigación clínica, puede mantenerse inscrito en nuestro plan y continuar obteniendo el resto de los cuidados (los cuidados que no estén relacionados con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que reciba nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le atiendan como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de este tipo.**

Si piensa participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para informarles que participará en un estudio clínico y para obtener detalles más específicos acerca de lo que pagará su plan.

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

Si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, tales como:

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

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si recibiera estos servicios a través de nuestro plan.

A continuación, proporcionamos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que le hacen un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de este análisis es de \$20 en virtud de Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis, y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es lo mismo que pagaría en virtud de los beneficios de nuestro plan.

Para que nosotros paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Notificaciones de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, con la excepción de aquellos artículos o servicios que Medicare hubiera cubierto incluso si usted *no* estuviera en un estudio.

- Artículos y servicios que el estudio le da a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y que no se utilizan directamente en el cuidado de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se hagan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y pruebas clínicas” en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una “institución religiosa de cuidados de la salud no médicos”

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

Las instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos son centros que brindan servicios de cuidado de la salud para afecciones que, comúnmente, se tratarían en un hospital o un centro de cuidados especiales. Si atenderse en un hospital o un centro de cuidados especiales va en contra de las creencias religiosas del miembro, en lugar de eso, brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos. Puede elegir obtener atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda únicamente para servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de cuidado de la salud no médicos). Medicare pagará únicamente los servicios de cuidado de la salud no médicos prestados por instituciones religiosas de cuidados de la salud no médicos.

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos

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

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

En Original Medicare, las personas que rentan determinados tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, generalmente, usted no adquirirá la propiedad de los DME rentados, independientemente de cuántos copagos haya abonado por el equipo mientras era miembro de nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del DME. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para obtener información sobre los requisitos que debe reunir y la documentación que debe proporcionar.

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

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

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en virtud de Original Medicare *antes* de afiliarse a nuestro plan, estos pagos previos tampoco se computarán para los 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer otros 13 pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para adquirir el DME. No hay excepciones a este caso cuando usted regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si usted reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, nuestro plan cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona nuestro plan o los equipos de oxígeno dejan de ser médicamente necesarios, los equipos de oxígeno deberán devolverse al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es la cantidad del coseguro o copago que se indique para los equipos médicos duraderos (DME) en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4, cada mes que usted necesite equipos de oxígeno mientras esté inscrito en nuestro plan.

Si antes de inscribirse en nuestro plan ha pagado 36 meses de alquiler para la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es la cantidad del coseguro o copago que se indique para los equipos médicos duraderos (DME) en el Cuadro de beneficios médicos que aparece en el Capítulo 4, cada mes que usted necesite equipos de oxígeno mientras esté inscrito en nuestro plan.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?

Si regresa a Original Medicare, comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si había pagado 36 meses de alquiler por los equipos de oxígeno antes de inscribirse en nuestro plan, se inscribe en nuestro plan durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará todo el costo compartido por la cobertura de los equipos de oxígeno.

De modo similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en nuestro plan y luego regresa a Original Medicare, pagará todo el costo compartido por la cobertura de los equipos de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios médicos
(lo que está cubierto
y lo que usted paga)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos	41
Sección 1.1	Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por sus servicios cubiertos	41
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare?	41
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo”	41
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios médicos</i> para averiguar qué cobertura brinda el plan en su caso y cuánto deberá pagar.....	42
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan.....	42
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	72
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones).....	72

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos

En este capítulo, se analizan los servicios cubiertos y lo que usted paga por sus beneficios médicos. Incluye un Cuadro de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información sobre servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites sobre determinados servicios.

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

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

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

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para la cobertura de Medicaid o del programa Beneficiario de Medicare calificado (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están pidiendo que pague y no corresponde, comuníquese con Servicio al Cliente.

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

Dado que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, hay un límite respecto de cuál será su gasto de desembolso cada año por servicios médicos dentro de la red que estén cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se llama “cantidad máxima de desembolso por servicios médicos”.

Como miembro de nuestro plan, el gasto máximo de desembolso que deberá pagar por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red en 2021 será de \$6,500. Las cantidades que usted pague en concepto de copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red se computan para esta cantidad máxima de desembolso. (Las cantidades que usted pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Además, las cantidades que usted pague por algunos servicios no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Estos servicios se indican en el Cuadro de beneficios médicos en cursiva). Si alcanza la cantidad máxima de desembolso de \$6,500, no deberá pagar ningún otro costo de desembolso durante el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solamente tiene que pagar su cantidad del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores sumen otros cargos separados, lo que se llama “facturar el saldo”. Esta protección (que usted nunca pague más que su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa, y no pagamos determinados cargos del proveedor.

Esta protección funciona del siguiente modo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), usted paga únicamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia).

- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia).
- Si considera que un proveedor le “facturó el saldo”, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de beneficios médicos para averiguar qué cobertura brinda el plan en su caso y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos incluido en las siguientes páginas enumera los servicios que nuestro plan cubre y lo que usted paga como costo de desembolso por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren únicamente si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura que establece Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Debe atenderse con un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, los servicios de cuidado de la salud que reciba de proveedores fuera de la red no se cubrirán. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios prestados por un proveedor fuera de la red.
- Usted debe tener un proveedor de cuidado primario (un PCP) que le brinde los servicios de cuidado de la salud y los supervise.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos se cubren *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por anticipado (a veces, llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por anticipado se marcan en negrita en el Cuadro de beneficios médicos.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que en todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2021*. También puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también le tratan o le controlan por una afección médica existente durante la visita en la que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado que reciba por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura de servicios nuevos en virtud de Original Medicare durante el año. Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan lo cubrirán.


Información importante sobre los beneficios para clientes con afecciones crónicas:




- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con determinados criterios, quizás pueda recibir los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
 - Enfermedad renal terminal (ESRD)
 - Para recibir este beneficio, deben haberle diagnosticado enfermedad renal terminal (ESRD) y estar inscrito en un programa de administración de casos relacionados con ESRD.
- Consulte la fila de “Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos” en el Cuadro de beneficios médicos incluido a continuación para obtener más detalles.






Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cobertura e información sobre COVID-19</p> <p>Mientras en Cigna seguimos respondiendo a la propagación global de la COVID-19, su seguridad y su bienestar son nuestra prioridad. Visite nuestro Centro de Recursos sobre la COVID-19 en Cigna.com/Coronavirus para ver la información más actualizada sobre la atención y la cobertura (que incluye pruebas, diagnóstico y tratamiento). Haga clic en el botón <i>Medicare and Medicaid Customers</i> (Clientes de Medicare y Medicaid) para obtener información sobre la cobertura de Medicare.</p>	
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan únicamente cubre este examen si usted tiene determinados factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>Los miembros que reúnen los requisitos para este examen de detección preventivo no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Acupuntura para lumbalgia crónica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, la lumbalgia crónica se define como un dolor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • que dura 12 semanas o más; • no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está empeorando.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$20 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen aviones, helicópteros y servicios de ambulancia terrestres hasta el centro apropiado más cercano que pueda atender a un miembro cuya afección médica tenga características por las cuales otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan los autoriza. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la afección del miembro tiene características por las cuales otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Es posible que se apliquen las reglas de autorización para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</p> <p>Copago de \$265 por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare</p> <p>Coseguro del 20% por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia aérea cubierto por Medicare</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de sus factores de riesgo y su situación de salud actual. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: No puede realizar su primera visita de bienestar anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de “bienvenida a Medicare” para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales si ya ha tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva anual.</p> <p>Es posible que se aplique un copago aparte si se hace un análisis de laboratorio de detección no preventivo o se presta otro servicio no preventivo en el mismo momento de la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la densidad ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (en general, esto significa personas que están en riesgo de perder densidad ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la densidad ósea, para detectar la pérdida ósea o para determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por una medición de la densidad ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses 	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Hay programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que reúnen determinadas condiciones con una orden de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, habitualmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Cigna ofrece una gran variedad de programas para el control de enfermedades (DM, por sus siglas en inglés) para miembros que reúnan los requisitos. Se aplicarán limitaciones.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de tratamiento de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de tratamiento de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare</p> <p>Usted tendrá un solo copago cuando se brinden múltiples tratamientos en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas de 50 años en adelante, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en la materia fecal con el método de guayaco (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica de materia fecal (FIT, por sus siglas en inglés) <p>Examen para detectar el cáncer colorrectal con análisis de ADN cada 3 años. Determinados análisis de ADN tienen criterios específicos para poder realizárselos. Analice las opciones con su médico.</p> <p>Para personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para personas que no presentan un alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de haberse realizado una sigmoidoscopia de detección • Además de los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, cubrimos exámenes de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare (por ejemplo, extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal con un copago de \$0. 	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, Original Medicare no cubre servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales).</p> <p>No obstante, proporcionamos una asignación dental para reembolsar determinados servicios dentales integrales y preventivos complementarios. El saldo no utilizado de la asignación no se traslada a futuros años de beneficios. Los procedimientos estéticos no están cubiertos. Su proveedor dental enviará un reclamo de reembolso. Usted puede usar a cualquier proveedor dental con licencia que no se haya dado de baja de Medicare y que no esté en la lista de exclusión.</p> <p>Para obtener más información sobre su cobertura dental, llame a la línea de Servicio al Cliente de la cobertura dental al 1-866-213-7295 (TTY 711).</p>	<p>Se necesita autorización para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</p> <p>Copago de \$30 para beneficios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><i>Asignación combinada de \$1,000 para servicios dentales integrales y preventivos complementarios por año.</i> El miembro es responsable de pagar cualquier suma que supere la cantidad de la asignación.</p>
<p> Examen de detección de la depresión</p> <p>Cubrimos un examen para la detección de la depresión por año. El examen se debe realizar en un establecimiento de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por una visita de detección de la depresión anual.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Examen de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (que incluye pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). También es posible que los exámenes se cubran si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>En función de los resultados de estos exámenes, es posible que usted reúna los requisitos para recibir hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (sean insulino dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre. • Dispositivos de lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (que incluye las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y otros dos pares de plantillas, o un par de zapatos con mayor profundidad y tres pares de plantillas (lo que no incluye las plantillas removibles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre en determinadas condiciones. <p>Nota: Las jeringas y agujas están cubiertas por nuestro beneficio de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Coseguro del 0% o 20% por suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare. Las tiras reactivas, los monitores y los dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa de marca preferida para personas diabéticas están cubiertos por \$0. Las marcas no preferidas no están cubiertas. Se aplica un coseguro del 20% a los demás suministros para el monitoreo (p. ej., lancetas).</p> <p>Usted cumple con los requisitos para recibir un medidor de glucosa y un dispositivo de monitoreo continuo de la glucosa cada dos años. También cumple con los requisitos para recibir 200 tiras reactivas para medir la glucosa o tres sensores por período de 30 días, según qué modelo de medidor use.</p> <p>Coseguro del 20% por plantillas y calzados terapéuticos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: sillas de ruedas, muletas, sistemas con colchón eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con un fabricante o una marca en particular, puede pedirle que haga un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web en www.cignamedicare.com.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Coseguro del 20% por artículos cubiertos por Medicare</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestados por un proveedor que reúne los requisitos para prestar servicios de emergencia y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Existe una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el correspondiente a los servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios brindados para ayudar al médico a decidir si el paciente necesita ser admitido como paciente hospitalizado o ser dado de alta. Los servicios de observación pueden brindarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. Para obtener información sobre los costos compartidos de los servicios de observación, consulte la sección Observación hospitalaria ambulatoria de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p><i>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.</i></p>	<p>Copago de \$90 por visitas a salas de emergencias cubiertas por Medicare</p> <p><i>Copago de \$90 por visitas a salas de emergencias en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo</i></p> <p><i>Límite combinado de \$50,000 (dólares estadounidenses) por año por servicios de emergencia y de cuidado de urgencia que se le proporcionen fuera de los EE. UU. y sus territorios</i></p> <p>El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario.</p> <p>Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, deberá recibir su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Línea de Información sobre la Salud</p> <p>Use la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna para hablar de manera personalizada con una asesora de enfermería.* Atendemos todos los días del año para brindar educación relacionada con la salud, asesoramiento y apoyo. Para acceder a la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna, llame al 1-866-576-8773 (TTY 711).</p> <p>* Estas asesoras de enfermería tienen una licencia de enfermería vigente en un mínimo de un estado, pero no ejercen la enfermería ni brindan asesoramiento médico en calidad de asesoras médicas en ningún caso.</p> <p>HealthWise</p> <p>Tendrá acceso a contenido en video y escrito sobre una gran variedad de temas relacionados con la salud y el bienestar a través del sitio web de Cigna Medicare.</p> <p>Entrenamiento físico</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico brinda varias opciones para ayudarle a mantenerse activo. Usted reúne los requisitos para la membresía en un centro de acondicionamiento físico participante donde pueda aprovechar los equipos de ejercicios, las comodidades del lugar y las clases de ejercicios grupales hechas a medida para satisfacer las necesidades de los adultos mayores, si el centro brinda este tipo de clases. Recibirá orientación para el uso del centro y los equipos. Si prefiere hacer ejercicio en la privacidad de su hogar, puede elegir entre una variedad de kits de acondicionamiento físico en el hogar. Puede elegir hasta dos opciones de kits de acondicionamiento físico en el hogar por año calendario. Los clientes pueden tener acceso a clases de bajo impacto (si se brinda este tipo de clases) enfocadas en mejorar y aumentar la resistencia y la fortaleza muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación; sesiones telefónicas de asesoramiento personalizado sobre el estilo de vida; clases en línea o en DVD; videos de ejercicios virtuales; un boletín informativo trimestral; herramientas web y la aplicación móvil. Los servicios no estándares que tienen una tarifa adicional no son parte del programa de acondicionamiento físico y no se reembolsarán.</p> <p>Para obtener más información sobre su beneficio de acondicionamiento físico, consulte el Manual para clientes de Cigna o comuníquese con el proveedor de servicios de acondicionamiento físico de Cigna llamando al 1-888-886-1992 (TTY 711).</p>	<p><i>Copago de \$0 por los siguientes programas de salud y bienestar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas</i> – <i>HealthWise</i> – <i>Membresía en un club deportivo o en clases de entrenamiento físico</i>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico del equilibrio y de la audición realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como cuidados para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Los beneficios complementarios cubren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta un examen de audición de rutina por año • evaluación de ajuste de aparato(s) auditivo(s) • aparato(s) auditivo(s) <p>Las evaluaciones de aparatos auditivos forman parte del examen de audición de rutina. Se permiten múltiples ajustes con el proveedor original si son necesarios para garantizar que los aparatos auditivos se ajusten con precisión. Es necesario realizar un examen de audición de rutina antes de que puedan despacharse aparatos auditivos. Los aparatos auditivos están limitados a aquellos que se usen externamente y no incluyen dispositivos de asistencia para escuchar, amplificadores ni dispositivos desechables.</p> <p>Los clientes deben comunicarse con el proveedor de servicios de audición de Cigna para acceder al examen de audición de rutina y los beneficios complementarios para aparatos auditivos. Se otorga un período de evaluación de 60 días para determinar la eficacia de un aparato auditivo. Los aparatos auditivos que se adquieren a través del proveedor de servicios de cuidado de la audición de Cigna vienen con un suministro de baterías para 4 años incluido (hasta 256 pilas por aparato auditivo).</p> <p>Para obtener más información sobre los beneficios complementarios relacionados con la audición, consulte el Manual para clientes del plan o comuníquese con el proveedor de servicios de audición de Cigna llamando al 1-866-872-1001 (TTY 711).</p>	<p>Copago de \$0 en el consultorio de un médico de cuidado primario o copago de \$30 en el consultorio de un especialista por exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Es posible que se aplique un costo compartido por PCP/Especialista por separado si se brindan servicios adicionales que requieren costo compartido.</p> <p><i>Copago de \$0 por un examen de audición de rutina por año</i></p> <p><i>Copago de \$0 por evaluaciones de ajuste de aparatos auditivos</i></p> <p><i>Asignación de \$700 por aparato auditivo por oído cada 3 años. Los miembros son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.</i></p>
<p> Examen de detección de VIH</p> <p>Para las personas que piden un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de tener infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>En el caso de mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>Los miembros que reúnen los requisitos para el examen de detección preventivo de VIH cubierto por Medicare no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.</p>
<p>Entrega de comidas en el hogar</p> <p>Al ser dado de alta de un hospital como paciente internado o de un centro de cuidados especiales, podrá recibir 14 comidas congeladas saludables en su hogar. Recibirá una llamada del proveedor de comidas del plan para programar la entrega. Este beneficio está disponible hasta 3 veces al año. Las altas de un departamento de emergencias, una estadía para observación o una visita ambulatoria no son elegibles.</p> <p>Para obtener más información sobre su beneficio de entrega de comidas en el hogar, consulte el Manual para clientes de Cigna o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este cuadernillo).</p>	<p><i>Copago de \$0 por el beneficio de entrega de comidas en el hogar</i></p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados de una agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y pedirá que una agencia de salud en el hogar preste estos servicios. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa es un esfuerzo muy grande.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistentes de salud en el hogar y de enfermería especializada intermitentes o a tiempo parcial (para recibir cobertura en virtud del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de asistentes de salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben alcanzar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos 	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$0 por visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar consiste en administrar medicamentos o productos biológicos por vía intravenosa o subcutánea a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, como servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidados • Capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar administrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado 	<p>Usted paga el costo compartido aplicable por cada servicio obtenido. Consulte las listas de beneficios <i>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</i> y <i>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</i> para conocer las cantidades de costos compartidos relacionadas.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados para enfermos terminales</p> <p>Usted puede recibir los cuidados a través de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p><u>Para servicios para enfermos terminales y para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare paga.</p> <p><u>Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de emergencia ni urgencia que están cubiertos en virtud de la Parte A o de la Parte B de Medicare, y no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga únicamente la cantidad de costo compartido del plan por servicios de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare de tarifa por servicio (Original Medicare) <p><u>Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos en virtud de la Parte A o la Parte B, ya sea que estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted paga la cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>Para medicamentos que es posible que estén cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no es para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre la consulta sobre los servicios para enfermos terminales (solo una vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio para enfermos terminales.</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare –y no nuestro plan– paga sus servicios para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Debe atenderse en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Debe consultar a su plan antes de seleccionar un centro para enfermos terminales.</p> <p><u>Consulta sobre los servicios para enfermos terminales</u></p> <p>Usted paga el costo compartido correspondiente al proveedor del servicio (por ejemplo, servicios de médicos). Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p>
<p>Atención hospitalaria como paciente internado</p> <p>Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, lo que incluye dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de salas de recuperación y quirófanos • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados 	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.</p> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Días 1-6: Copago de \$275 por día – Días 7-90: Copago de \$0 por día <p>Por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite. No se aplica el costo compartido el día del alta.</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización como paciente internado.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria como paciente internado (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y de intestino y multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso. Este centro decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se brindan fuera del patrón de cuidados de la comunidad, puede optar por recibirlos en forma local, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si nuestro plan presta servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de cuidados para trasplantes de su comunidad, y usted elige obtener el trasplante en esta ubicación distante, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento apropiados para usted y un acompañante. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que use. • Servicios de médicos <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden escrita para admitirle formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Si es readmitido dentro de las 24 horas por el mismo diagnóstico, continuará el beneficio de la admisión original. Es posible que no adeude ningún copago adicional. En algunos casos, una nueva admisión dentro de los 30 días puede provocar la continuación de los beneficios de la admisión original, mientras esté pendiente la revisión médica de calidad por parte de Cigna.</p> <p>Si recibe servicios de cuidado de la salud como paciente internado autorizados en un hospital fuera de la red una vez que se estabilizó su afección de emergencia, su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de salud mental como paciente internado</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria como paciente internado no se aplica a los servicios mentales como paciente internado proporcionados en un hospital general.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital.</p> <p>Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Días 1-3: Copago de \$595 por día – Días 4-90: Copago de \$0 por día <p>Por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite. No se aplica el costo compartido el día del alta.</p> <p>Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, podrá usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. Hay un copago de \$0 por día de reserva de por vida.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta</p> <p>Si usted agotó sus beneficios como paciente internado, o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de cuidados especiales (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, que incluye los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno (lo cual incluye el tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno que funciona mal o que ha dejado de funcionar en forma permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, lo cual incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla 	<p>Usted paga el costo compartido aplicable para otros servicios como si estos fueran proporcionados a un paciente ambulatorio. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>
<p> Terapia médica nutricional</p> <p>Este beneficio se brinda a personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se sometan a diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo indique.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia médica nutricional de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año en adelante. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>Los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Todos los planes de salud de Medicare cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) para los beneficiarios de Medicare que reúnan los requisitos.</p> <p>El MDPP consiste en una intervención estructurada para generar un cambio de conducta con respecto a la salud, que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para resolver problemas con el fin de superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio de un hospital o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio • Los medicamentos que se administran utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que el plan autorizó • Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia • Inmunodepresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado a su hogar, si tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritrocitopoyesis (como Aranesp®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primarias <p>El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: www.cigna.com/medicare/part-d/drug-list-formulary.</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, que incluye las reglas que usted debe seguir para que se cubran sus medicamentos con receta. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Coseguro del 20% por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare</p> <p>Es posible que los medicamentos de la Parte B de Medicare estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Terapia y examen de detección de obesidad para promover el adelgazamiento sostenido</p> <p>Si su índice de masa corporal es de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si lo recibe en un establecimiento de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su profesional o médico de cuidado primario para obtener más información.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la terapia y los exámenes de detección de obesidad preventivos.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides</p> <p>Los servicios de tratamiento para trastornos de consumo de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología 	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$30 por servicios para el tratamiento del consumo de opioides cubiertos por Medicare</p>
<p>Exámenes de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), que incluye materiales y suministros de los técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que use. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>No se necesita autorización para exámenes relacionados con COVID-19.</p> <p>Se aplicará un costo compartido por PCP/especialista por separado si se brindan servicios adicionales que requieren costo compartido. Es posible que también se aplique un cargo por el centro.</p> <p>Copago de \$0 o \$95 por procedimientos y exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de \$0 por ECG y exámenes de detección colorrectales con fines de diagnóstico. Copago de \$95 por todos los demás procedimientos y exámenes de diagnóstico.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por servicios hematológicos cubiertos por Medicare</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Exámenes de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>Copago de \$0 o \$225 por servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías). Copago de \$0 por mamografías y ecografías. Copago de \$225 por todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico y de medicina nuclear.</p> <p>Si se realizan varios tipos de exámenes (como tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones) el mismo día, se aplicarán varios copagos. Si se realizan varios exámenes del mismo tipo (por ejemplo, tomografía computarizada de la cabeza y tomografía computarizada del tórax) el mismo día, se aplicará un solo copago.</p> <p>Coseguro del 20% por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 o \$25 por radiografías cubiertas por Medicare. Copago de \$0 por radiografías en el consultorio de un PCP o especialista. Copago de \$25 por radiografías en todos los demás lugares. No se necesita autorización.</p>
<p>Observación en un hospital como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios brindados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria se cubran, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se proporcionan por indicación de un médico u otra persona autorizada por las leyes de licencias estatales y los estatutos para el personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas ambulatorias.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$275 por observación hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare</p>



Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación en un hospital como paciente ambulatorio (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos todos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de diagnóstico y análisis de laboratorio que factura el hospital • Cuidados de salud mental, que incluye cuidados en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, sin este programa, se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología que factura el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados medicamentos y sustancias biológicas que no puede administrarse por su cuenta <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Usted paga el costo compartido aplicable por estos servicios. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Los medicamentos autoadministrados (medicamentos que normalmente tomaría solo) no están cubiertos en un entorno hospitalario ambulatorio. Estos medicamentos pueden estar cubiertos por su beneficio de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidado de salud mental como paciente ambulatorio</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra con licencia del estado o un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud mental que reúna los requisitos de Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p> <p>Los miembros podrán acceder a determinados proveedores que ofrecen servicios de telesalud para la salud del comportamiento por teléfono/computadora/tableta, etc., lo que les permitirá un acceso más sencillo a los servicios de telepsiquiatría. Para encontrar estos proveedores, puede visitar https://providersearch.hsconnectonline.com/OnlineDirectory en línea o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).</p> <p>Catasys OnTrak™ es un programa de bienestar personalizado para miembros con diagnóstico de ansiedad, depresión o trastorno de consumo de sustancias. El programa incluye asesoramiento brindado por enfermeras, psicoterapia y tratamiento médico, en caso de que se recomiende.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$0 por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por cada visita de salud del comportamiento o telesalud cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por el programa Catasys OnTrak™</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia (en persona o virtual), terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos establecimientos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$30 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$30 por visitas de fisioterapia (en persona o virtuales) cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$30 por visitas de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare</p> <p>Usted tendrá un solo copago cuando se brinden múltiples terapias (como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla) en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias, como el Programa de Hospitalización Parcial, Programas de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), evaluación ambulatoria, terapia ambulatoria y administración de medicamentos, proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud del comportamiento que reúna los requisitos de Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$30 por visitas de tratamiento de abuso de sustancias individual o grupal para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, que incluye servicios prestados en centros para pacientes ambulatorios de un hospital y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si le realizarán una cirugía en un centro hospitalario, debe preguntar a su proveedor si será un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por cirugías para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$0 o \$275 por cada visita a un centro hospitalario ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal. Copago de \$275 por todos los demás servicios como paciente ambulatorio no brindados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Copago de \$0 o \$225 por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de \$0 por cualquier procedimiento quirúrgico (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal. Copago de \$225 por todos los demás servicios de un centro quirúrgico ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés).</p>
<p>Artículos y servicios de venta sin receta</p> <p>Límite de un pedido por miembro por mes. Es posible que se apliquen excepciones. Algunos artículos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) requieren la recomendación de un médico para una afección específica que pueda diagnosticarse. Los clientes pueden usar la asignación trimestral completa en cualquier momento a lo largo del trimestre. Los saldos no utilizados pueden transferirse de un trimestre a otro, pero deben usarse antes del 31 de diciembre. El saldo no se transfiere de un año a otro.</p> <p>Visite CignaMedicareOTC.com para ver nuestra lista de artículos de venta sin receta cubiertos. Los clientes deben pedir los artículos de venta sin receta cubiertos por teléfono, a través del sitio web o mediante el formulario de pedido por correo para acceder a este beneficio.</p> <p>Para obtener más información sobre su beneficio para artículos de venta sin receta, consulte el Manual para clientes de Cigna o comuníquese con Servicio al Cliente de OTC de Cigna llamando al 1-866-851-1579 (TTY 711).</p>	<p><i>Límite de \$30 cada tres meses para medicamentos de venta sin receta específicos y otros productos farmacéuticos relacionados con el cuidado de la salud.</i></p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intenso que los cuidados que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$55 por servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, que incluyen visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica y servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes básicos de la audición y del equilibrio realizados por su especialista si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios para: alergias, tos, dolor de cabeza, náuseas y otras enfermedades de bajo riesgo <ul style="list-style-type: none"> ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, deberá usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. ○ El beneficio de telesalud se aplica a los proveedores que se asocien con MDLive para brindar servicios de telesalud. Los miembros deberán completar un registro y una breve historia clínica la primera vez que usen los servicios de telesalud, y proporcionar el copago aplicable al momento de la visita de telesalud. Llame a MDLive al 1-866-918-7836 (TTY 711) o visite el sitio web de MDLive en www.MDLive.com/CignaMedicare para obtener más información sobre este beneficio. La comunicación electrónica puede realizarse por teléfono inteligente, teléfono regular, computadora o tableta y puede incluir video. • Algunos servicios de telesalud, como consultas, diagnóstico y tratamiento, que un médico o profesional proporcione a pacientes en ciertas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital o un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días y ○ El chequeo no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la primera cita disponible • Evaluación de imágenes y/o videos enviados a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días y ○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la primera cita disponible 	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$0 por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare y cada visita a un médico de telesalud de MDLive cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$30 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare</p> <p>Copago de \$0 en el consultorio de un PCP o copago de \$30 en el consultorio de un especialista por cada servicio de otro profesional de cuidado de la salud cubierto por Medicare</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, que incluyen visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante registros de salud electrónicos si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra neoplasias malignas o servicios que se cubrirían si fueran prestados por un médico) • Medicare cubre los servicios proporcionados por otros proveedores de la salud, como asistentes médicos, enfermeras practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Profesional de la salud significa: <ul style="list-style-type: none"> – un médico que es un doctor en medicina u osteopatía; o – un asistente médico, una enfermera practicante o un especialista en enfermería clínica; o – un profesional médico (como un educador sobre la salud, un dietista registrado, un profesional experto en nutrición u otro profesional con licencia) o un equipo de dichos profesionales médicos que trabajan bajo la supervisión directa de un médico 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médicamente necesario de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo martillo, juanetes o espolones en el talón) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores 	<p>Copago de \$30 por cada visita de podiatría cubierta por Medicare</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por un examen anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no son dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o una parte del cuerpo. Esto incluye, a modo de ejemplo: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, prótesis ortopédicas y prótesis de senos (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y su reparación y/o reemplazo. También incluye determinada cobertura luego de la cirugía de cataratas o extracción de cataratas (consulte “Cuidado de la vista” a continuación para obtener más detalles).</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Coseguro del 20% para dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>Cigna ofrece una gran variedad de programas para el control de enfermedades (DM) para miembros que reúnan los requisitos. Se aplicarán limitaciones.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de tratamiento de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare</p> <p>Usted tendrá un solo copago cuando se brinden múltiples tratamientos en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que tienen Medicare (que incluye a mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida, pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si el resultado del examen de detección de consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones de asesoramiento personales breves por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un profesional o médico de cuidado primario en un establecimiento de cuidado primario.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de entre 55 y 77 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de haber fumado, por lo menos, 30 paquetes de cigarrillos por año, o que fumen en la actualidad o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para ese tipo de visitas, emitida por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Respecto de exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para llevar adelante ese nuevo examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la cual podrá proporcionarse en cualquier visita pertinente a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida para futuros exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir los criterios que Medicare establece para tales visitas.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida cubierta por Medicare ni por la LDCT.</p>


Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para determinadas personas con mayor riesgo de sufrir una ITS cuando el proveedor de cuidado primario indica los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales personales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Únicamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de cuidado primario, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a cuidar el riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (que incluye tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, según se explicó en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si le admiten como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para autodiálisis (que incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarle en casos de emergencia y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.</p>	<p>Es posible que se apliquen las reglas de autorización para la diálisis renal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare</p> <p>Coseguro del 20% para la diálisis renal cubierta por Medicare</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cuidados en un centro de cuidados especiales (SNF) (Para obtener una definición de “cuidados en un centro de cuidados especiales”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo. A veces, a los centros de cuidados especiales se los llama “SNF”, por sus siglas en inglés).</p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, lo que incluye dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidados (esto incluye las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que use. • Suministros médicos y quirúrgicos habitualmente proporcionados por los SNF • Análisis de laboratorio habitualmente proporcionados por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología habitualmente proporcionados por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente proporcionados por los SNF • Servicios de médicos/profesionales <p>Generalmente, usted recibirá los cuidados de SNF a través de centros dentro de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de cuidados permanentes donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de su admisión en el hospital (siempre que proporcione cuidados de centros de cuidados especiales). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital. 	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, su copago es:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Días 1-20: Copago de \$0 por día – Días 21-100: Copago de \$184 por día <p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite. Se aplica el costo compartido el día del alta.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
 <p>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos para abandonar el consumo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco puede afectar:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el consumo. Cubrimos dos intentos para abandonar el consumo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos</p> <p>Comidas para miembros con ESRD</p> <p>El plan ofrece la entrega de comidas a los miembros con diagnóstico de enfermedad renal terminal (ESRD) que estén inscritos en un programa de administración de casos relacionados con ESRD. Los miembros pueden recibir este beneficio una vez al año.</p>	<p>Se necesita autorización.</p> <p><i>Copago de \$0 por 56 comidas, durante 28 días, una vez por año</i></p>
<p>Ejercicio supervisado (SET)</p> <p>El ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y que recibieron una recomendación de tratamiento del médico responsable.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones que duren 30-60 minutos, que comprendan un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para EAP en pacientes con claudicación, • ofrecerse en un entorno hospitalario ambulatorio o el consultorio de un médico, • ser proporcionado por personal auxiliar calificado que garantice que los beneficios superen los daños y que tenga la capacitación adecuada para ofrecer el ejercicio terapéutico para EAP, • estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera practicante/especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital básico y avanzado. <p>El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones, durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p>Copago de \$10 por cada visita de ejercicio supervisado cubierta por Medicare</p> <p>Usted tendrá un solo copago cuando se brinden múltiples tratamientos en la misma fecha y el mismo lugar de servicio.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Transporte</p> <p>El beneficio de transporte relacionado con la salud de rutina incluye una cantidad específica de viajes de ida o de vuelta en taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. Los clientes deben comunicarse con el proveedor de transporte de Cigna al menos 48 horas antes de su cita para programar los servicios de transporte que no sean de emergencia a lugares aprobados por el plan, como citas médicas. El transporte coordinado fuera del proveedor de transporte no estará cubierto y será responsabilidad del miembro. Las cancelaciones deben realizarse hasta dos horas antes del viaje programado, o el viaje se deducirá de la cantidad de viajes restantes.</p> <p>Se aplica una distancia máxima de 60 millas por viaje de ida o de vuelta. Se requiere autorización previa cuando la distancia del viaje hasta un proveedor supere el límite 60 millas. Los viajes que superen una distancia de 60 millas por viaje de ida o de vuelta no están cubiertos, excepto cuando el transporte sea necesario para obtener servicios específicos médicamente necesarios cubiertos por Medicare o el plan.</p> <p>El proveedor de transporte está asociado con Lyft para brindar transporte a los clientes ambulatorios. Los clientes con necesidades especiales serán transportados por conductores tradicionales de transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés), que tienen vehículos que se adaptan para sillas de ruedas, andadores, etc. Para ser transportados por un conductor de Lyft, los clientes deben poder recibir mensajes de texto en sus teléfonos. Es posible que el transporte de Lyft no esté disponible para determinados tipos de transportes y dentro de ciertos mercados. Las solicitudes de transporte recibidas con menos de 48 horas de anticipación se revisarán caso por caso para determinar la urgencia del viaje y la disponibilidad de un conductor de NEMT para transportar al miembro. Un conductor de NEMT tradicional puede llevar a varios ocupantes en un vehículo. El transporte de Lyft es para un solo ocupante; sin embargo, es posible que se permita un acompañante o familiar.</p> <p>Para obtener más información sobre los beneficios relacionados con el transporte, consulte el Manual para clientes de Cigna o comuníquese con el proveedor de servicios de transporte de Cigna llamando al 1-866-382-0513 (TTY 1-855-823-8587).</p>	<p>Es posible que se apliquen reglas de autorización.</p> <p><i>Copago de \$0 por un máximo de 10 viajes de ida o de vuelta por año a lugares aprobados por el plan</i></p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad médica imprevista, que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal.</p> <p>El costo compartido por servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el correspondiente a los servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p><i>Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.</i></p>	<p>Copago de \$30 por visita para servicios de urgencia cubierta por Medicare</p> <p><i>Copago de \$90 por cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo y por transporte de emergencia en todo el mundo</i></p> <p><i>Límite combinado de \$50,000 (dólares estadounidenses) por año por servicios de emergencia y de cuidado de urgencia que se le proporcionen fuera de los EE. UU. y sus territorios</i></p> <p>El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario.</p> <p>Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, pagará \$0 por la visita para servicios de urgencia.</p>
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluso el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de rutina de la vista (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. No obstante, este plan cubre un (1) examen de la vista de rutina complementario (incluida la refracción de la vista) por año. Las refracciones de la vista fuera del examen de la vista de rutina complementario anual no están cubiertas. • Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más. • Las personas con diabetes tienen cubierto un examen de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si le hacen dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda). • Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de una extracción de cataratas sin un implante de lente. 	<p>Copago de \$0 o \$30 por los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo, incluido un examen anual de detección de glaucoma para las personas en riesgo. Copago de \$0 por exámenes de detección de glaucoma y exámenes de retina para pacientes diabéticos. Copago de \$30 por todos los demás servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que se aplique un costo compartido aparte por el PCP/especialista si se proporcionan servicios adicionales que requieran un costo compartido (por ejemplo, si se descubre una afección médica ocular durante un examen de la vista preventivo de rutina).</p> <p>Por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio, es posible que se aplique por separado un costo compartido por el médico o un cargo por el centro.</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Anteojos y marcos o lentes de contacto hasta la cantidad de la asignación del plan. La asignación especificada en el plan puede aplicarse a un juego de anteojos o lentes de contacto a elección del miembro, que incluye la combinación de marco/lentes/opciones de lentes del antejojo o lentes de contacto (incluidos los honorarios profesionales relacionados) en lugar de anteojos. La asignación anual complementaria para anteojos y lentes de contacto se aplica solamente al valor minorista. Los impuestos aplicables no están cubiertos. El saldo no utilizado de la asignación no se traslada a futuros años de beneficios. <p>Los exámenes de la vista de rutina y los anteojos o lentes de contacto complementarios deben obtenerse a través de un proveedor de la red del proveedor de servicios de la vista de Cigna. Los servicios que se obtengan a través de proveedores fuera de esta red no están cubiertos.</p> <p>Para obtener más información sobre los beneficios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Para obtener más información sobre su beneficio de exámenes de la vista de rutina complementarios y anteojos y lentes de contacto complementarios, consulte el Manual para clientes de Cigna o comuníquese con el proveedor de servicios de la vista de Cigna llamando al 1-888-886-1995 (TTY 711).</p>	<p>Copago de \$0 por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare (un par de anteojos con marcos/lentes estándar o un juego de lentes de contacto estándar después de una cirugía de cataratas que implante una lente intraocular) – <i>hasta un examen de la vista de rutina complementario por año</i> <p>Copago de \$0 hasta la asignación para anteojos y lentes de contacto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>un máximo de un par de anteojos (lentes y marcos) por año</i> – <i>lentes de contacto ilimitados hasta el límite de cobertura del plan</i> – <i>un máximo de un par de lentes de anteojos por año</i> – <i>un máximo de un marco de anteojos por año</i> – <i>mejoras</i> <p>Asignación de \$200 por año para anteojos y lentes de contacto complementarios. Los miembros son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.</p>
 <p>Visita preventiva de “bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva de “bienvenida a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (que incluye determinados exámenes de detección y vacunas), y referencias para otros servicios de cuidado de la salud si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida una cita, informe en el consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de “bienvenida a Medicare”.</p>	<p>No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de “bienvenida a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?**Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

En esta sección, le indicamos qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan. Si un servicio está “excluido”, significa que este plan no cubre el servicio.

El siguiente cuadro enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que están cubiertos solo en circunstancias específicas.

Si usted recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos excluidos que aparecen en el siguiente cuadro, salvo en las circunstancias específicas mencionadas. La única excepción es que pagaremos si se determina, en una apelación, que un beneficio incluido en el 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 respecto de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este cuadernillo).

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

Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no se cubrirán, y nuestro plan no los pagará.

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Servicios que no se consideren razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinaron que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de cuidados especiales, como un teléfono o televisor.	✓	
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	
* El cuidado de custodia es cuidado que se proporciona en hogares de ancianos, centros para enfermos terminales u otros centros cuando usted no requiere atención médica especializada o cuidados de enfermería especializados.	✓	

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Servicios domésticos, que incluyen asistencia básica para el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	✓	
Tarifas cobradas por el cuidado por sus familiares directos o miembros de su grupo familiar.	✓	
Cirugía o procedimientos estéticos.		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para lograr una apariencia simétrica del seno no afectado.
Atención quiropráctica de rutina.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.</p>
Cuidado de rutina de los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Se proporciona determinada cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).</p>
Entrega de comidas en el hogar.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Consulte la sección de Entrega de comidas en el hogar del Cuadro de beneficios médicos para obtener más información.</p>
Calzado ortopédico.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si el calzado es parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato, o si el calzado es para una persona con enfermedad del pie diabético.</p>
Dispositivos para los pies.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.</p>

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para baja visión. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos para conocer los servicios de cuidado de la vista cubiertos por nuestro plan).		<p style="text-align: center;">✓</p> El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Acupuntura.		✓
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Servicios obstétricos.	✓	

* El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que le ayuda con actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción	78
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D	78
Sección 1.2	Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan.....	78
SECCIÓN 2	Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	79
Sección 2.1	Para que su medicamento con receta sea cubierto, use una farmacia de la red	79
Sección 2.2	Búsqueda de farmacias de la red	79
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan	80
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?.....	80
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no es parte de la red del plan?	81
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan	81
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D	81
Sección 3.2	La Lista de medicamentos está dividida en 5 “niveles de costo compartido”	82
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?	82
SECCIÓN 4	La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones	82
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?	82
Sección 4.2	¿Qué clases de restricciones?.....	83
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?.....	83
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera?	83
Sección 5.1	Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera	83
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene algún tipo de restricción?.....	84
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?	85
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	85
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	85
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?.....	86
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	87
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	87
SECCIÓN 8	Muestre la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen un medicamento con receta	88
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	88
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía a mano?	88
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	88
Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especiales por una estadía cubierta por el plan?	88
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?.....	88

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

Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan colectivo de jubilados o de un empleador?	89
Sección 9.4	¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	89
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	90
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura.....	90
Sección 10.2	Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura	90
Sección 10.3	Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	90

**¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?**

El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted es parte de un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento por separado llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídanos la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D**

En este capítulo, **se explican las reglas para usar su cobertura de medicamentos de la Parte D**. En el siguiente capítulo, se brinda información sobre lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura de medicamentos de la Parte D, nuestro plan también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que usted recibe durante estadías cubiertas en un hospital o en un centro de cuidados especiales. A través de su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, incluidos determinados medicamentos para quimioterapia, determinadas inyecciones de medicamentos que usted reciba durante visitas a consultorios y medicamentos que reciba en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga*), se explican los beneficios y costos de medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o un centro de cuidados especiales, además de sus beneficios y costos por medicamentos de la Parte B.

Es posible que Original Medicare cubra sus medicamentos si está en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas, y, en consecuencia, no están cubiertos por el beneficio de servicios para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?*). Para obtener información sobre la cobertura de servicios para enfermos terminales, consulte la sección sobre servicios para enfermos terminales del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos: lo que está cubierto y lo que usted paga*).

En las siguientes secciones se analiza la cobertura de sus medicamentos en virtud de las reglas de beneficios 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 de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan

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

- Debe pedir a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional) que le recete el medicamento.
- El proveedor debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS para demostrar que está calificado para emitir recetas, o su reclamo de la Parte D será rechazado. La próxima vez que llame o visite a sus proveedores, pregúnteles si cumplen con esta condición. De lo contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el proveedor presente la documentación necesaria para su procesamiento.
- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para que le despachen su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).

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

- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

Sección 2.1 Para que su medicamento con receta sea cubierto, use una farmacia de la red

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

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

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen opciones estándares de costo compartido y farmacias que ofrecen opciones preferidas de costo compartido. Puede dirigirse a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su costo compartido sea menor en farmacias que ofrecen opciones preferidas de costo compartido.

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red
¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.cignamedicare.com) o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Puede dirigirse a cualquier farmacia de nuestra red. Sin embargo, es posible que sus costos por los medicamentos cubiertos sean incluso menores si utiliza una farmacia de la red que ofrezca opciones preferidas de costo compartido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca opciones estándares de costo compartido. En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará cuáles de las farmacias de la red ofrecen opciones preferidas de costo compartido. Comuníquese con nosotros si desea más información sobre cómo sus costos de desembolso podrían ser distintos según el medicamento. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una reposición de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir a un proveedor que le dé otra receta o solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, deberá buscar una farmacia nueva que forme parte de la red. O si la farmacia que ha estado usando se encuentra en la red, pero ya no ofrece opciones preferidas de costo compartido, es posible que desee cambiarse a otra farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web www.cignamedicare.com.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

A veces, es necesario que una farmacia especializada despache los medicamentos con receta. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Habitualmente, los centros de LTC (como los hogares de ancianos) tienen farmacias propias. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir rutinariamente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que es comúnmente la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que participan en el Servicio de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en emergencias, solo los americanos nativos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias en nuestra red.

- Farmacias que despachan medicamentos que la FDA restringió a determinadas ubicaciones o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esto rara vez ocurre).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

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

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

Puede dirigirse a cualquier farmacia de pedido por correo de nuestra red. Sin embargo, es posible que sus costos por los medicamentos cubiertos sean incluso menores si utiliza una farmacia de pedido por correo de la red que ofrezca opciones preferidas de costo compartido en lugar de una farmacia de pedido por correo de la red que ofrezca opciones estándares de costo compartido. En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará cuáles de las farmacias de la red ofrecen opciones preferidas de costo compartido. Comuníquese con nosotros si desea más información sobre cómo sus costos de desembolso podrían ser distintos según el medicamento.

Para obtener información sobre el despacho de medicamentos con receta por correo, visite nuestro sitio web (www.cignamedicare.com) o comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Generalmente, los pedidos de una farmacia de pedido por correo se reciben en un plazo máximo de 14 días. Si la entrega de un paquete de pedido por correo se demora, la farmacia de pedido por correo le ayudará a coordinar un despacho a corto plazo con una farmacia minorista cercana. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir asistencia.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Una vez que la farmacia reciba una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunicará con usted para verificar si desea que le despachen el medicamento de inmediato o en el futuro. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (que incluye concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá detener o demorar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en la entrega.

Reposiciones de medicamentos con receta pedidos por correo. Si necesita una reposición, comuníquese con su farmacia 15 días antes de la fecha en que piense que se terminarán los medicamentos que tiene para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a la farmacia cuáles son las mejores formas de comunicarse con usted. Comuníquese con la farmacia que usted elija y bríndeles su información de contacto actualizada.

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

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos “de mantenimiento” que estén en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son los que toma de forma regular para afecciones médicas crónicas o a largo plazo). Puede pedir este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red permiten obtener suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen opciones preferidas de costo compartido) quizás acepten una cantidad de costo compartido más baja por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que otras no acepten las cantidades de costo compartido más bajas por un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. De ser así, usted será responsable de la diferencia en el precio. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir suministros para 30 días, 60 días o 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no es parte de la red del plan?**Es posible que se cubra su medicamento con receta en determinadas situaciones**

Por lo general, cubrimos medicamentos que despachó una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarle, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio en las que puede despachar sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se enumeran las circunstancias en las que cubriríamos medicamentos con receta que despachó una farmacia fuera de la red:

- Si viaja fuera del área de servicio del plan y pierde sus medicamentos cubiertos de la Parte D o se le agotan, o se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D y no puede acceder a una farmacia de la red.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de forma oportuna dentro del área de servicio porque, por ejemplo, no hay una farmacia de la red que atienda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, dentro de una distancia razonable para llegar en automóvil.
- Si debe despachar una receta para un medicamento cubierto de la Parte D, y ese medicamento en particular no se abastece habitualmente en una farmacia de pedido por correo o una farmacia minorista de la red accesible.
- Si una farmacia fuera de la red y basada en una institución despacha medicamentos de la Parte D mientras usted está en el departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor o en un establecimiento de cirugía ambulatoria u otro establecimiento de pacientes ambulatorios.

En estas situaciones, **consulte primero a Servicio al Cliente** para determinar si hay una farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

¿Cómo se debe pedir un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su parte habitual del costo) cuando se le despache su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos su parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica cómo pedirle al plan que le devuelva un pago).

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

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

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

Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos son únicamente aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

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

- que esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir, que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual se receta),
- *–o bien–* respaldado por determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, es tan eficaz como el medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué no se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 La Lista de medicamentos está dividida en 5 “niveles de costo compartido”

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo de su medicamento:

	Nivel de costo compartido	Medicamentos incluidos en el nivel de costo compartido
Nivel de costo compartido más bajo	1	Medicamentos genéricos preferidos
	2	Medicamentos genéricos
	3	Medicamentos de marca preferida
	4	Medicamentos no preferidos
Nivel de costo compartido más alto	5	Medicamentos de especialidad

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*) detalla la cantidad que usted paga por los medicamentos de cada nivel de costo compartido.

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

Tiene tres formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente. (Tenga en cuenta lo siguiente: La Lista de medicamentos que le proporcionaremos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan más comúnmente. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicio al Cliente para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan (www.cignamedicare.com). La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicio al Cliente para averiguar si un medicamento en particular aparece en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones**Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?**

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo se brinda la cobertura del plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos tenga precios más razonables.

En general, nuestras reglas le alientan a que obtenga un medicamento que sea eficaz para su afección médica y que sea seguro y efectivo. Si un medicamento seguro y de menor costo tiene la misma eficacia que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarles a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare sobre costo compartido y cobertura de medicamentos.

Si su medicamento tiene alguna restricción, generalmente, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento. Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo pedir excepciones).

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

Tenga en cuenta que es posible que un medicamento esté incluido más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que le recetó su proveedor de cuidado de la salud (por ejemplo, 10 mg en lugar de 100 mg; uno por día en lugar de dos por día; en comprimidos en lugar de en líquido).

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes clases de restricciones para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de la forma más eficaz. En las siguientes secciones encontrará más información sobre las clases de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica de un medicamento de marca disponible, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente, no cubriremos el medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informó el motivo médico por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección resultarán eficaces en su caso, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo del medicamento de marca sea mayor que la del genérico).

Obtener aprobación del plan por anticipado

Usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan para determinados medicamentos antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se denomina “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a dar orientación sobre el uso apropiado de determinados medicamentos. Si no recibe esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero otro medicamento

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

Límites a la cantidad

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

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describieron anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, verifique la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (www.cignamedicare.com).

Si su medicamento tiene alguna restricción, generalmente, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener cobertura del medicamento. Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo pedir excepciones).

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que un medicamento con receta que esté tomando en este momento o que usted y su proveedor piensen que debería tomar no esté incluido en nuestro formulario, o esté en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ninguna cobertura. O tal vez, la versión genérica del medicamento esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay otras reglas o restricciones para la cobertura de ese medicamento. Según se explicó en la Sección 4, algunos de los medicamentos que el plan cubre tienen otras reglas que restringen su uso. Por ejemplo, se le podría pedir que pruebe primero otro medicamento para determinar si resulta eficaz antes de que el plan cubra el medicamento que usted desea tomar. También es posible que haya límites respecto de la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) que se cubre durante un período en particular. En algunos casos, es posible que usted quiera solicitar que la restricción no se aplique en su caso.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea mayor de lo que usted espera. El plan clasifica los medicamentos cubiertos en 5 niveles diferentes de costo compartido. La cantidad que usted paga por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido de su medicamento.

Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si su medicamento tiene una restricción, consulte la Sección 5.2 para obtener más información sobre lo que puede hacer.
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que usted espera, consulte la Sección 5.3** para obtener más información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, puede tomar algunas medidas:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si este no está incluido en la Lista de medicamentos o si tiene alguna restricción. Si hace esto, tendrá tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y de determinar qué debe hacer.

Para poder obtener un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos indicados a continuación:

1. El cambio en la cobertura de su medicamento debe ser de uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que tomaba **no está más en la Lista de medicamentos del plan**.
- –O bien– El medicamento que tomaba tiene **alguna restricción en la actualidad** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **En el caso de miembros nuevos o que eran parte del plan el año anterior:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted es un miembro nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si usted ya era miembro del plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si la receta indica menos días, permitiremos múltiples despachos para brindar un suministro del medicamento para un máximo de 30 días. Es necesario que una farmacia de la red despache el medicamento con receta. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que lo despache, para evitar desperdiciar).

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

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma a la situación de suministro temporal descrita previamente.

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

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

Para solicitar un suministro temporal, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Puede cambiar su medicamento por otro cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones, se brinda más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Primero, hable con su proveedor. Tal vez, el plan cubra otro medicamento que tenga la misma eficacia en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento como usted espera. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican el pedido de excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9, se les indica qué deben hacer. En esta sección, se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare establece para asegurarse de que su solicitud se gestione en forma inmediata y justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?
--

A continuación, le indicamos algunas medidas que puede tomar si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor en primer lugar. Tal vez, haya otro medicamento en un nivel de costo compartido menor que tenga la misma eficacia en su caso. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que se usen para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría resultar eficaz para usted. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción con respecto al nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor afirma que usted tiene motivos médicos que justifican el pedido de excepción, puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9, se les indica qué deben hacer. En esta sección, se explican los procedimientos y las fechas límite que Medicare establece para asegurarse de que su solicitud se gestione en forma inmediata y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 (Nivel de especialidad) no reúnen los requisitos para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido para los medicamentos incluidos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Cuando surjan medicamentos nuevos, incluso medicamentos genéricos nuevos. Tal vez, el gobierno aprobó un uso nuevo de un medicamento existente. A veces, se retira un medicamento del mercado, y decidimos no cubrirlo. O también podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se determinó que no era eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

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

Información acerca de cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que se haya realizado después de la última actualización. A continuación, detallamos las ocasiones en las que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que usted esté tomando. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

¿Los cambios en la cobertura de medicamentos le afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarle este año: En los siguientes casos, los cambios en la cobertura le afectarán durante el año en curso:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca de la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
 - Quizás no le informemos con anticipación que haremos ese cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si usted está tomando el medicamento de marca cuando hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre el (los) cambio(s) específico(s) que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que se cubra el medicamento de marca. Quizás no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiren del mercado**
 - De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente porque se determinó que es inseguro o se lo retiró del mercado por otro motivo. De ser así, eliminaremos el medicamento de inmediato de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos el cambio de inmediato.
 - Su proveedor también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.

• Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos

- Es posible que una vez que el año haya comenzado, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, quizás agreguemos un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiemos el nivel de costo compartido o agreguemos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. Quizás también hagamos cambios en función de los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con una anticipación de al menos 30 días o notificarle el cambio y darle una reposición para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
- Una vez que reciba la notificación del cambio, debe consultar a su proveedor para cambiar por otro medicamento que cubramos.
- O bien, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que estén tomando el medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no estén descritos previamente, si usted está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más elevado.
- Si establecemos una nueva restricción para su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en relación con un medicamento que usted esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que usted pague como su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción nueva respecto de su uso del medicamento. No recibirá una notificación directa este año acerca de cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del año siguiente, los cambios le afectarán, y es importante que revise la Lista de medicamentos en el nuevo año de beneficios para estar al tanto de cualquier cambio en los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

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

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

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

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)

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

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

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para que le despachen un medicamento con receta, muestre la tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre la tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red facturará automáticamente al plan la parte que *nosotros* debemos pagar del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía a mano?

Si no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen el medicamento con receta, pídale 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 deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire**. (Luego, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especiales por una estadía cubierta por el plan?

Si le admiten en un hospital o en un centro de cuidados especiales para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Cuando deje el hospital o el centro de cuidados especiales, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre que estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección, donde se explican las reglas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*), se brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si ingresa o vive en un centro de cuidados especiales, o se va de él, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cómo finalizar su membresía en el plan*, se explica cuándo puede dejar nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

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

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