



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 TotalCare (HMO D-SNP)**

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 TotalCare (HMO D-SNP), es ofrecido por Cigna. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna TotalCare [HMO D-SNP]).

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 y otros formatos alternativos si la necesita.

Los beneficios, la prima, el deducible 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.**

<b>Capítulo 1.</b>	<b>Primeros pasos para los miembros .....</b>	<b>4</b>
	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, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
<b>Capítulo 2.</b>	<b>Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>15</b>
	Le dice cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna TotalCare [HMO D-SNP]) 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.	
<b>Capítulo 3.</b>	<b>Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos .....</b>	<b>28</b>
	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.	
<b>Capítulo 4.</b>	<b>Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga) .....</b>	<b>39</b>
	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.	
<b>Capítulo 5.</b>	<b>Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>79</b>
	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.	
<b>Capítulo 6.</b>	<b>Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D .....</b>	<b>96</b>
	Trata sobre las cuatro etapas de cobertura de los medicamentos ( <i>Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de interrupción de cobertura, Etapa de cobertura de gastos excedentes</i> ) 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.	
<b>Capítulo 7.</b>	<b>Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos .....</b>	<b>110</b>
	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.	
<b>Capítulo 8.</b>	<b>Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>116</b>
	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.	

---

<b>Capítulo 9.</b>	<b>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .....</b>	<b>125</b>
	Le dice qué hacer, paso a paso, si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.</li></ul>	
<b>Capítulo 10.</b>	<b>Cómo finalizar su membresía en el plan .....</b>	<b>163</b>
	Explica cómo y cuándo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.	
<b>Capítulo 11.</b>	<b>Avisos legales .....</b>	<b>171</b>
	Incluye avisos sobre derecho aplicable y sobre no discriminación.	
<b>Capítulo 12.</b>	<b>Definiciones de términos importantes.....</b>	<b>175</b>
	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**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
Sección 1.1	Usted está inscrito en Cigna TotalCare (HMO D-SNP), que es un Plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales) .....	5
Sección 1.2	¿De qué trata el cuadernillo de <i>Evidencia de cobertura</i> ? .....	5
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i> .....	5
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan?</b> .....	<b>6</b>
Sección 2.1	Sus requisitos para ser miembro .....	6
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? .....	6
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid? .....	6
Sección 2.4	Esta es el área de servicio de nuestro plan .....	7
Sección 2.5	Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país .....	7
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>¿Qué otros materiales le proporcionaremos?</b> .....	<b>7</b>
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
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>La prima mensual de nuestro plan</b> .....	<b>9</b>
Sección 4.1	¿Cuánto debe pagar de prima por su plan? .....	9
Sección 4.2	Hay muchas formas en las que usted puede pagar la prima de su plan .....	10
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? .....	11
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía del plan</b> .....	<b>11</b>
Sección 5.1	Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted .....	11
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal</b> .....	<b>12</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida .....	12
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan</b> .....	<b>12</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? .....	12

## SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Cigna TotalCare (HMO D-SNP) es un Plan Medicare Advantage especializado (un "Plan de Necesidades Especiales" de Medicare), lo que significa que los destinatarios de sus beneficios son personas con necesidades de cuidado de la salud especiales. Cigna TotalCare (HMO D-SNP) es un plan diseñado específicamente para las personas que tienen Medicare y que, además, tienen derecho a recibir asistencia de la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid).

Como usted recibe asistencia de la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) para sus costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de cuidado de la salud de Medicare. Es posible que la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) también le proporcione otros beneficios, cubriendo servicios de cuidado de la salud que Medicare generalmente no cubre. También es posible que reciba "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Cigna TotalCare (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios, para que usted pueda recibir los servicios de cuidado de la salud y la asistencia para el pago a la que tiene derecho.

Cigna TotalCare (HMO D-SNP) es dirigido por una compañía privada. Al igual que todos los Planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales está aprobado por Medicare. Para nosotros es un placer proporcionarle la cobertura de cuidado de la salud de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

**La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, 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](http://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 TotalCare (HMO D-SNP).

Es importante que conozca las reglas del plan y los servicios que tiene disponibles. Le alentamos a que dedique un tiempo a consultar este 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– Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.4 que aparece a continuación describe nuestra área de servicio)
- –y– Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en el país
- –y– Usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad descritos aquí abajo.

### **Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

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

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

### **Sección 2.2 ¿Qué 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, 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 ¿Qué es Medicaid?**

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

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



- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB, 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.

**Sección 2.4 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 Florida: Hernando, Hillsborough, Manatee, Pasco, Pinellas

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 2.5 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. A continuación, incluimos un modelo de tarjeta de membresía para mostrarle cómo se verá la suya:

	<Plan Name>	
	<Plan Type>	
<b>Name</b>	<Customer Full Name>	<Contract/PBP/segment>
<b>ID</b>	<Customer ID>	
<b>Health Plan</b>	(80840)	
<b>[Effective Date</b>	<Effective Date>	<b>MedicareR</b> [Prescription Drug Coverage X]
<b>PCP</b>	<PCP Name>	
<b>PCP Phone</b>	<Phone Number>	
<b>PCP Network</b>	<Network>	<b>RxBIN</b> <XXXXXXX>
		<b>RxPCN</b> <XXXXXXX>
<b>[No Referral Required]</b>	<b>COPAYS</b>	<b>RxGRP</b> <XXXXXXX>
<b>PCP</b>	<\$xx>	<b>Specialist</b> <\$xx>
<b>Emergency</b>	<\$xx>	<b>Urgent Care</b> <\$xx>

**This card does not guarantee coverage or payment.**

<barcode>

[Services may require [a referral or] [an] authorization by the Health Plan.]  
 [Medicare limiting charges apply.]

**[Customer Service** <-- Toll Free Number ---> (TTY 711)]

**[Provider Services** <Phone Number>

**[Authorization/Referral]** <Phone Number>

**[Provider Medical Claims** <Address>

**[Pharmacy Help Desk** <Phone Number>

**[Pharmacy Claims** <Address>

**[Dental Services** <Phone Number>

**[Provider Dental Claims** <Address>

[<URL>]

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Cigna TotalCare (HMO D-SNP), quizás tenga que pagar el costo total de los servicios médicos por su cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. 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 TotalCare (HMO D-SNP) 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](http://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 a los cuales su PCP le referirá. Si desea usar especialistas u hospitales específicos, debe averiguar si su PCP envía a sus pacientes a esos proveedores. Cada PCP del plan usa ciertos especialistas y hospitales del plan para referir a sus pacientes. Esto significa que el PCP que usted elija determinará los especialistas y hospitales que usted podrá usar. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (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.

Debe ir a un proveedor de la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) para recibir servicios de Medicaid. Para obtener más información acerca de la participación de proveedores de Medicaid, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado. Esta información se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2.

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](http://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](http://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 farmacias también le 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 cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en las farmacias de nuestra red.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar. Le informa qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en nuestro plan. Además de los medicamentos que cubre la Parte D, sus beneficios de Medicaid cubren algunos medicamentos con receta. La Lista de medicamentos le indica cómo encontrar los medicamentos que están cubiertos por Medicaid.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Cigna TotalCare (HMO D-SNP).

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

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

Cuando 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* 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 nuestro plan**

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

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. En 2021, la prima mensual para Cigna TotalCare (HMO D-SNP) es de \$18.00. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud [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 recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.
  - 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.
  - 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.
- 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.

### **Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare además de la prima mensual del plan. Como se explicó previamente en la Sección 2, para reunir los requisitos para participar en nuestro plan, debe seguir reuniendo los requisitos para tener Medicaid y, además, tener la Parte A y la Parte B de Medicare. La Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) paga las primas de la Parte A (si usted no reúne los requisitos automáticamente) y de la Parte B de la mayoría de los miembros de Cigna TotalCare (HMO D-SNP). Si la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, 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 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. Si un evento que ocasionó un cambio en su vida le hiciera reducir sus ingresos, puede pedirle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si usted debe pagar la cantidad adicional y no la paga, su inscripción en el plan se cancelará y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- También puede visitar [www.medicare.gov](http://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 estas primas en la sección “Costos de Medicare 2021”. 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](http://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 4.2 Hay muchas formas en las que usted puede pagar la prima de su plan**

Hay 4 formas en las que usted puede pagar la prima de su plan. Le pedimos que elija su opción de pago de la prima cuando complete su formulario de inscripción. También puede llamar a Servicio al Cliente para informarnos qué opción eligió o si desea realizar un cambio.

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



### Opción 1: Puede pagar con cheque

La prima mensual de su plan vence todos los meses, pero puede pagarla de manera trimestral o anual si lo prefiere. Puede decidir pagar la prima mensual de su plan directamente a nuestro plan. Debe enviarnos su cheque o giro postal a nombre de Cigna, a más tardar, el último día del mes. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Su cheque no debe ser pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, 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 la prima mensual de su plan se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Para pedir que la prima mensual de su plan se debite de su cuenta bancaria mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), comuníquese con Servicio al Cliente. Deduciremos su prima automáticamente 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 le deduzcan la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que le deduzcan la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pagar la prima mensual de su plan de esta forma. Nos complacerá ayudarle a coordinarlo. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

### Opción 4: Puede pagar en línea

Puede pagar la prima mensual de su plan usando el sistema de pago en línea seguro de Cigna, que le permite configurar pagos automáticos o hacer un pago por única vez según le resulte más cómodo. Nuestro sistema de pago en línea seguro está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y puede encontrarlo en línea en [www.cignamedicare.com/paymybill](http://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 la prima de su plan

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

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

#### Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

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

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

## SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

### Sección 5.1 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 7 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 6 Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal**

---

**Sección 6.1 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 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

**Sección 7.1 ¿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

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

Si usted tiene otro seguro, infórmesele 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**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos del plan</b> (cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan) .....	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización de Mejora de la Calidad</b> (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare) .....	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos) .....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta</b> .....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria</b> .....	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?</b> .....	<b>26</b>

**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 Cigna TotalCare (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-888-766-6403
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Member Services, P.O. Box 2888, Houston, TX 77252  LetUsHelpU@cigna.com
<b>SITIO WEB</b>	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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-888-766-6403
<b>CORREO POSTAL</b>	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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-855-350-8671
<b>CORREO POSTAL</b>	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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-866-845-7267
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Coverage Determination & Exceptions, 8455 University Place #HQ2L-04, St. Louis, MO 63121
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.cignamedicare.com">www.cignamedicare.com</a>

**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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>FAX</b>	1-866-593-4482
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Medicare Clinical Appeals, P.O. Box 66588, St. Louis, MO 63166-6588
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.cignamedicare.com">www.cignamedicare.com</a>

**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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>CORREO POSTAL</b>	Cigna, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

**Dónde 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	
<b>CORREO POSTAL</b>	<b>Parte C (servicios médicos)</b> Cigna Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202	<b>Parte D (medicamentos con receta)</b> Cigna Attn: Medicare Part D P.O. Box 14718 Lexington, KY 40512-4718
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.cignamedicare.com">www.cignamedicare.com</a>	

**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.

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></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"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare.</li> <li>• <b>Localizador de planes de Medicare:</b> 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.</li> </ul> <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"> <li>• <b>Informe su queja a Medicare:</b> Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.</li> </ul> <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 Florida, el SHIP se llama Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE, por sus siglas en inglés).

El programa SHINE (Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores) es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni ningún 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 del programa SHINE (Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores) 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 del programa SHINE (Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores) también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas sobre el cambio de planes.

Método	SHINE (Servicios para las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores) (SHIP de Florida) – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-800-963-5337
<b>TTY</b>	1-800-955-8771 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	SHINE, Department of Elder Affairs, 4040 Esplanade Way, Suite 270, Tallahassee, FL 32399-7000
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.floridashine.org">www.floridashine.org</a>

**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 Florida, 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 Florida) – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>CORREO POSTAL</b>	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.keproqio.com">www.keproqio.com</a>

**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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

**SECCIÓN 6 Medicaid**

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

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

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

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que le proporciona Medicaid, comuníquese con la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid).



Método	Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (programa de Medicaid de Florida) – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-877-711-3662 El horario de atención es de lunes a jueves, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
<b>TTY</b>	1-866-467-4970 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	Agency for Health Care Administration, P.O. Box 5197, Tallahassee, FL 32314
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.flmedicaidmanagedcare.com/">http://www.flmedicaidmanagedcare.com/</a>

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

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

El programa Ombudsman de cuidados a largo plazo de Florida ayuda a las personas a conseguir información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o sus familiares.

Método	Programa Ombudsman de cuidados a largo plazo de Florida – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-850-414-2323 o 1-888-831-0404 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Long Term Care Ombudsman of Florida, 4040 Esplanade Way, Tallahassee, FL 32399-7000
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://ombudsman.myflorida.com">http://ombudsman.myflorida.com</a>

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

### **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare**

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

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

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.

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que ha reunido los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” y que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan 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 incluya 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 de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid), y el nombre, cargo y número de teléfono del integrante del personal del estado que verificó la condición con respecto a Medicaid.
  3. Una copia de un documento estatal que confirme su condición activa en Medicaid.
  4. Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  5. Una impresión de la pantalla de los sistemas de la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  6. Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  7. Una Notificación de adjudicación del Seguro de Ingreso Complementario (SSI, 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 la Agencia de Administración para el Cuidado de la Salud (Medicaid) que demuestre su condición de paciente institucionalizado sobre la base de una estadía mínima de un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid.
  4. Las personas que reciben servicios en el hogar y comunitarios (HCBS, 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).

### ¿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 Medicamentos para el SIDA de Florida. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados requisitos, 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 Medicamentos para el SIDA de Florida – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	1-850-245-4422 o 1-800-352-2437 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
<b>TTY</b>	1-888-503-7118 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	Florida AIDS Drug Assistance Program, Florida Department of Health, Section of HIV/AIDS and Hepatitis, AIDS Drug Assistance Program, 4052 Bald Cypress Way, BIN A09, Tallahassee, FL 32399
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html">http://www.floridahealth.gov/diseases-and-conditions/aids/adap/index.html</a>

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

La mayoría de nuestros miembros obtiene "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos con receta. Si usted obtiene "Ayuda Adicional", no se le aplicará el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare. 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
<b>TELÉFONO</b>	<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>
<b>TTY</b>	<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>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://rrb.gov/">rrb.gov/</a>

**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 preguntar acerca de 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 o con los períodos de inscripción para hacer un cambio.

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 y  
otros servicios cubiertos*

**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cosas que necesita saber al obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan</b> .....	<b>29</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	29
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	29
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Use proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios</b> .....	<b>30</b>
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise	30
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP?	30
Sección 2.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red	31
Sección 2.4	Cómo atenderse con proveedores fuera de la red	32
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe</b> .....	<b>32</b>
Sección 3.1	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica	32
Sección 3.2	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia	33
Sección 3.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe	33
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?</b> .....	<b>33</b>
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	33
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?	34
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un “estudio de investigación clínica”?</b> .....	<b>34</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	34
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	35
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una “institución religiosa de cuidados de la salud no médicos”</b> .....	<b>35</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos?	35
Sección 6.2	Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos	35
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos</b> .....	<b>36</b>
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan?	36
<b>Sección 8</b>	<b>Reglas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento</b> .....	<b>36</b>
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?	36
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	37
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	37



**Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos****SECCIÓN 1 Cosas que necesita saber al obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan**

Este capítulo explica lo que usted necesita saber al usar el plan para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos. 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 y otros servicios cubiertos por nuestro plan y cuánto debe pagar usted al recibir esta atención, use el cuadro de beneficios que aparece en el siguiente capítulo, el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

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, no pagará nada o pagará solo su parte del costo por sus servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los suministros 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 y otros servicios cubiertos por el plan**

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

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

- **La atención que usted recibe está incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro 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).
  - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle la aprobación por anticipado antes de que usted pueda usar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de cuidados especiales o agencias de cuidado de la salud en el hogar. A esto se lo llama dar una “referencia”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - En el caso de atención de emergencia o servicios de urgencia, no es necesario que cuente con una referencia de su PCP. También hay otros tipos de servicios de cuidado de la salud que usted puede recibir sin contar con la aprobación por anticipado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir la atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan). *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.