1 de enero – 31 de diciembre de 2022

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 2022. 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 2023.

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

H4513_22_98754S_C

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

22_E_H4513_027_S

Evidencia de cobertura de 2022

Índice

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

Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros 4
Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Trata sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 15
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.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 29
Explica cosas importantes que usted necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y dónde atenderse cuando tenga una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 40
Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles *no* están cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D 74
Explica las reglas que tiene que seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Trata sobre los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde despachar sus recetas. Trata sobre los programas del plan relativos a la seguridad y la administración de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D 91
Trata sobre las cuatro etapas de cobertura de los medicamentos (*Etapa de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de interrupción de cobertura, Etapa de cobertura de gastos excedentes*) y la manera en que estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos.

Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos 103
Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desea pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 109
Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le dice lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 118
Le dice qué hacer, paso a paso, si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo inconvenientes para recibir la atención médica o los medicamentos con receta que piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o las restricciones adicionales de su cobertura para medicamentos con receta, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan 157
Explica cómo y cuándo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales..... 165
Incluye avisos sobre derecho aplicable y sobre no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes..... 169
Explica los términos más importantes que se usan en este cuadernillo.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos para los miembros

Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros

SECCIÓN 1 Introducción ... 5
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 *Evidencia de cobertura*? ... 5
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ... 6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser miembro del plan? ... 6
Sección 2.1 Sus requisitos para ser miembro ... 6
Sección 2.2 ¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare? ... 6
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? ... 7
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
SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos? ... 7
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos con receta cubiertos ... 7
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para todos los proveedores de la red del plan ... 8
Sección 3.3 El *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para las farmacias de nuestra red ... 9
Sección 3.4 La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan ... 9
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de pagos realizados por sus medicamentos con receta de la Parte D ... 9
SECCIÓN 4 La prima mensual de nuestro plan ... 10
Sección 4.1 ¿Cuánto debe pagar de prima por su plan? ... 10
Sección 4.2 Hay muchas formas en las que usted puede pagar la prima de su plan ... 11
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año? ... 12
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan ... 12
Sección 5.1 Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted ... 12
SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal ... 12
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida ... 12
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ... 13
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? ... 13

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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

Como usted recibe asistencia de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Texas para coordinar sus beneficios de Medicaid. Para nosotros es un placer proporcionarle la cobertura de cuidado de la salud de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

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

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

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

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos con receta que usted tiene disponibles como miembro de Cigna 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 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que, después del 31 de diciembre de 2022, 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 2022.

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, la terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados artículos (como equipo médico duradero [DME, por sus siglas en inglés] y artículos médicos).

Sección 2.3 ¿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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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+]).

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 Texas: Henderson, Rusk, Smith, Upshur y Van Zandt.

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 mude, 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.

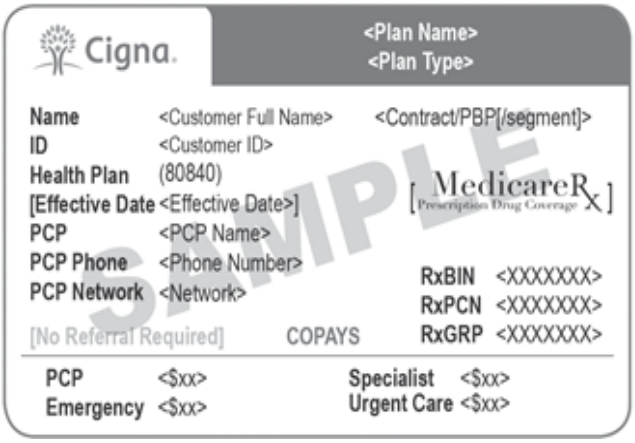
Sección 2.5 Ciudadano de los EE. UU. o presencia legal en el país

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:



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.

¿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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas 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, 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?

Nuestra red cambió más de lo habitual para 2022. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **Realmente le sugerimos que revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado para averiguar si su farmacia sigue perteneciendo a nuestra red.** Esto es importante porque, salvo algunas excepciones, deberá despachar sus medicamentos con receta en una farmacia de la red si desea que nuestro plan los cubra (o le ayude a pagarlos).

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede pedirle una copia a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Puede llamar a Servicio al Cliente en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. 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) 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, y nosotros gastó/gastaron/gastamos 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 cada mes en el que se use el beneficio de la Parte D. 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 2022, la prima mensual para Cigna TotalCare (HMO D-SNP) es de $19. Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas [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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 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). 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.**

- También puede visitar www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y usted 2022* le brinda información sobre estas primas en la sección "Costos de Medicare 2022". Todos los miembros de Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* 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 del manual *Medicare y usted 2022* del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 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 847990, Dallas, TX 75284-7990. 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. 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.

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 médico de cuidado primario/grupo médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA, por sus siglas en inglés). Un grupo médico es una asociación de médicos de cuidado primario (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares, como terapeutas y radiólogos. Una Asociación de Médicos Independientes o IPA es un grupo de médicos de cuidado primario y especialistas que trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus 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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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, infórmeselo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen en forma correcta y puntual.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos del plan** (cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan) **16**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) **20**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **21**

SECCIÓN 4 **Organización de Mejora de la Calidad** (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare) **21**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **22**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos) **23**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta** **24**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria** **26**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?** **27**

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

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

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

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

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

Método	Decisiones de cobertura respecto de la atención médica – Información de contacto
FAX	1-888-766-6403
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Precertification Department, P.O. Box 20002, Nashville, TN 37202

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

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

Método	Apelaciones respecto de la atención médica – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-511-6943 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
FAX	1-855-350-8671
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Part C Appeals, P.O. Box 188081, Chattanooga, TN 37422

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

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

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

Método	Quejas respecto de la atención médica – Información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

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

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

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

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

Método	Apelaciones respecto de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus opciones de inscripción y elegibilidad de Medicare con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare. • **Localizador de planes de Medicare:** Brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una *estimación* de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • **Informe su queja a Medicare:** Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa. 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

Método	Medicare – Información de contacto
	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).

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 Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) de Texas.

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas 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 de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas 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 de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder sus preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en ***Forms, Help, and Resources*** (Formularios, ayuda y recursos) en la punta derecha del menú de la parte superior
- En el menú desplegable, haga clic en ***Phone Numbers & Websites*** (Números de teléfono y sitios web)
- Luego tendrá varias opciones
  - Opción 1: Puede **chatear en vivo**
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los ***TOPICS*** (Temas) en el menú de la parte inferior
  - Opción 3: Puede elegir su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en *GO* (Ir). Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-9240
CORREO POSTAL	Texas Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP), Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	http://hhs.texas.gov/services/health/medicare

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 Texas, 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 Texas) – Información de contacto
TELÉFONO	1-888-315-0636 El horario de atención es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.; fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
SITIO WEB	www.keprogio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

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

SECCIÓN 6 Medicaid

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

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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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+]).

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que le proporciona Medicaid, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
TELÉFONO	1-512-424-6500 o 1-800-252-8263 El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.
TTY	1 800 735 2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services Commission, Brown-Heatly Building, 4900 N. Lamar Boulevard, Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/

La Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas ayuda a las personas inscritas en la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Oficina del Ombudsman – Información de contacto
TELÉFONO	1-877-787-8999 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services Commission, Office of the Ombudsman, MC H 700, P.O. Box 13247, Austin, TX 78711-3247
SITIO WEB	hhs.texas.gov/about hhs/your rights/hhs-office-ombudsman

La Oficina del Ombudsman de Cuidados a Largo Plazo 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	Oficina del Ombudsman de Cuidados a Largo Plazo – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-2412 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Método	Oficina del Ombudsman de Cuidados a Largo Plazo – Información de contacto
CORREO POSTAL	Office of the Long-Term Care Ombudsman, Texas Health and Human Services, P.O. Box 149030, Austin, TX 78714-9030
SITIO WEB	www.dads.state.tx.us/news_info/ombudsman/

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
- a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

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

- Comuníquese con Servicio al Cliente para solicitar asistencia o para proporcionar uno de los documentos mencionados a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos mencionados a continuación deben demostrar que usted reunió los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:
  1. Una copia de su tarjeta de Medicaid, que incluye su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de acuerdo con su condición.
  2. Un informe de contacto que incluya la fecha en que se efectuó una llamada de verificación a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés) o cualquier otro programa que brinde cobertura para medicamentos de la Parte D (que no sea la “Ayuda Adicional”), igualmente recibirá el 70% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en la interrupción de cobertura. El descuento del 70% y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

Si usted está inscrito en un ADAP actualmente, este programa puede seguir brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el Formulario del ADAP. A fin de

asegurarse de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique cualquier cambio en el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare al empleado encargado de las inscripciones de su ADAP local.

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

Método	Programa de Medicamentos para el VIH de Texas – Información de contacto
TELÉFONO	1-800-255-1090 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	Texas HIV Medication Program, MSJA, MC 1873, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347
SITIO WEB	www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/

¿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.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar los medicamentos con receta, según su necesidad financiera, edad, afección médica o discapacidad. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es el Programa de Cuidado de la Salud Renal.

Método	Programa de Cuidado de la Salud Renal (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Texas) – Información de contacto
TELÉFONO	1-512-776-7150 o 1-800-222-3986 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
CORREO POSTAL	Kidney Health Care Program, Specialty Health Care Services, MC 1938, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714
SITIO WEB	hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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

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

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB, 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. 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.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) 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

SECCIÓN 1 Cosas que necesita saber al obtener su atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan ... 30

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"? ... 30

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener su atención médica y otros servicios cubiertos por el plan ... 30

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios ... 31

Sección 2.1 Debe elegir un médico de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise ... 31

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP? ... 32

Sección 2.3 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red ... 32

Sección 2.4 Cómo atenderse con proveedores fuera de la red ... 33

SECCIÓN 3 Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe ... 33

Sección 3.1 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica ... 33

Sección 3.2 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia ... 34

Sección 3.3 Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe ... 34

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? ... 35

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos ... 35

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? ... 35

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un "estudio de investigación clínica"? ... 35

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"? ... 35

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? ... 36

SECCIÓN 6 Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una "institución religiosa de cuidados de la salud no médicos" ... 37

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos? ... 37

Sección 6.2 Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos ... 37

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos ... 37

Sección 7.1 ¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan? ... 37

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento ... 38

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? ... 38

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? ... 38

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? ... 38

SECCIÓN 1 Cosas que necesita saber al obtener su atención médica 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 médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

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

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

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales del cuidado de la salud con licencia del estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como pago total. Hemos acordado que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Al atenderse con un proveedor de la red, 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 médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted tiene un médico 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 servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de proveedores fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa atención de emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionarla, puede obtener esta atención a través de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan antes de recibir atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, lea la Sección 2.4 de este capítulo.
- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

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

Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su médico de cuidado primario (PCP). Su PCP es un médico cuya especialidad es la medicina familiar, la medicina interna, la medicina general, la geriatría o la pediatría, que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica más adelante, usted obtendrá sus servicios de cuidado de la salud básicos o rutinarios por medio de su PCP. Su PCP se encargará también de "coordinar" el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, primero deberá obtener la aprobación de su PCP (esto se llama obtener una "referencia" para un especialista). Su PCP le proporcionará la mayor parte de sus servicios de cuidado de la salud y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye sus radiografías, análisis de laboratorio, terapias, el cuidado de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y el cuidado de seguimiento. La "coordinación" de sus servicios incluye revisar o consultar con otros proveedores del plan los asuntos relacionados con sus servicios de cuidado de la salud y su funcionamiento. Si necesita que se cubra algún tipo concreto de servicios o de productos, deberá obtener primero la aprobación de su PCP (por ejemplo, que este le dé una referencia para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Debido a que su PCP le proporcionará y coordinará toda su atención médica, es necesario que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. En el Capítulo 8, se le informa cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y de la información sobre su salud personal.

¿Cómo elige a su PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar su PCP por cualquier motivo en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un PCP nuevo. Tenga en cuenta que al cambiar de PCP, es posible que esté limitado a los especialistas y hospitales a los que le refiera el nuevo PCP. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más detalles.

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

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

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

- Cuidados de salud de rutina para mujeres, que incluyen exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los reciba a través de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que se las aplique un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal; por ejemplo, cuando usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicio al Cliente antes de dejar el área de servicio para que podamos ayudar a coordinar que reciba diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

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

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

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

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

Al elegir un PCP, también 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. Llame a Servicio al Cliente para obtener detalles acerca de los especialistas y hospitales que usted puede usar.

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

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

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, Medicare exige que le garanticemos un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.

- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar sus necesidades de cuidado de la salud.

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

Sección 2.4 Cómo atenderse con proveedores fuera de la red

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

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

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

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

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

Si tiene una emergencia médica:

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

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

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

Tenga en cuenta que Medicare no cubre atención médica de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios; sin embargo, nuestro plan sí cubre emergencias fuera del país. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

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

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

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

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

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

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

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por lo general, si no puede usar un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá atenderse con proveedores fuera de la red con un costo compartido al nivel dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe,

es posible que pueda despachar sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

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

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

Antes de pagar el costo del servicio, debe verificar si el servicio está cubierto por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

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

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

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

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

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

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y pruebas clínicas). (La publicación está disponible en: http://medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7 Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 8 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos 41

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por sus servicios cubiertos 41

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare? 41

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen el saldo" 41

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios médicos* para averiguar qué cobertura brinda el plan en su caso y cuánto deberá pagar 42

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 42

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de nuestro plan? 70

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por nuestro plan 70

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan? 70

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones) 70

SECCIÓN 1 Explicación de sus costos de desembolso por servicios cubiertos

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

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

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

- **"Copago"** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago cuando recibe el servicio médico. (El Cuadro de beneficios médicos de la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).

Si recibe asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), no pagará nada por sus servicios cubiertos, siempre que siga las normas del plan para obtener sus cuidados. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información acerca de las normas del plan para obtener sus cuidados).

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

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

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

Como miembro de nuestro plan, el gasto máximo de desembolso que deberá pagar por servicios de la Parte A y la Parte B en 2022 será de $3,400. Las cantidades que usted pague en concepto de copagos por servicios cubiertos se computan para esta cantidad máxima de desembolso. (Las cantidades que usted pague por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Además, las cantidades que usted pague por algunos servicios no se computan para su cantidad máxima de desembolso. Estos servicios se indican en el Cuadro de beneficios médicos en cursiva). Si alcanza la cantidad máxima de desembolso de $3,400, no deberá pagar ningún otro costo de desembolso durante el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

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

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

Esta protección funciona del siguiente modo:

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

- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determina en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia).
- Si recibe los servicios cubiertos a través de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, como cuando usted obtiene una referencia).

- Si considera que un proveedor le "facturó el saldo", llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

No permitimos que los proveedores le facturen por servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier gasto. Esto será así, incluso cuando le paguemos al proveedor menos de lo que él cobra por el servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

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

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

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Su cobertura está a cargo de Medicare y la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid). Medicare cubre cuidados de salud y medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido de servicios de Medicare, incluidos muchos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como cualquier servicio único de Medicaid indicado en la sección del Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en el Resumen de beneficios de su plan. Para obtener una copia del Resumen de beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contratapa de este cuadernillo o visite www.cignamedicare.com.

- Al igual que en todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2022*. También puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también le tratan o le controlan por una afección médica existente durante la visita en la que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado que reciba por la afección médica existente.
- A veces, Medicare agrega cobertura de servicios nuevos en virtud de Original Medicare durante el año. Si Medicare agrega cobertura de cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan lo cubrirán.
- Las cantidades de costo compartido que se detallan en el Cuadro de beneficios médicos se basan en el hecho de que usted reúne los requisitos para recibir asistencia de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid). Estas cantidades están indicadas mediante un asterisco (*) en el cuadro. Si recibe asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no paga nada por estos servicios.
- Si se encuentra en el período de continuación presunta de la elegibilidad en nuestro plan, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el Plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, nuestro plan debe asegurarse de que los miembros considerados elegibles sean responsables solo de la prima del plan y de las cantidades de los costos compartidos que deben los miembros que no han perdido su condición de necesidades especiales. Además, la organización debe continuar la cobertura para cualquier beneficio adicional (por ejemplo, visión, dental, etc.) durante este período. Durante este período, usted recibirá una carta que resume sus opciones y el período de tiempo específico. Además, le recomendamos que se cerciore con su programa estatal de Medicaid respectivo. Intentaremos trasladarle a un plan que no sea SNP si no podemos confirmar su elegibilidad para tener Medicaid dentro de los seis (6) meses de continuación de la elegibilidad. Las cantidades de costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.

Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Agencia de Medicaid de su estado, usted no paga nada por los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios, en tanto cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

- Información importante sobre los beneficios para todos los clientes que participen en servicios de planificación para el bienestar y el cuidado de la salud (WHP, por sus siglas en inglés)
- Dado que su plan participa en el modelo de diseño del seguro basado en el valor (VBID, por sus siglas en inglés), usted podrá recibir servicios de WHP, que incluyen servicios de planificación anticipada de los cuidados (ACP, por sus siglas en inglés).

¿Qué son los servicios de ACP?

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

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

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

La participación en cualquier programa que incluya servicios de bienestar y planificación del cuidado de la salud o planificación anticipada de cuidados es voluntaria, y usted puede rechazar los servicios en cualquier momento.

Información importante sobre los beneficios para los clientes que reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional”:

- Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar los costos de su programa para medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro, quizás pueda recibir otros beneficios complementarios específicos y/o reducciones específicas en los costos compartidos.
- Si recibe "Ayuda Adicional", paga $0 por los costos compartidos de medicamentos cubiertos de la Parte D. Le enviamos un documento por separado llamado "Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula adicional LIS", por sus siglas en inglés), que le brinda información sobre su cobertura de medicamentos. Consulte el Capítulo 6 y la Cláusula adicional LIS para obtener más detalles.

Medicare aprobó a Cigna para que brinde estos beneficios como parte del programa de diseño del seguro basado en el valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage. Usted tiene derecho a rechazar este beneficio por cualquier motivo. Si rechaza el beneficio, esto no afectará su elegibilidad para participar en el plan ni ningún otro beneficio de su plan. Si decide rechazar este beneficio, puede hacerlo llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Para obtener más información o si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente.

Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), usted no paga nada por los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios médicos, en tanto cumpla los requisitos de cobertura que se describieron anteriormente.

Información importante sobre los beneficios para clientes con afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con determinados criterios, quizás pueda recibir los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
  - Afecciones como diabetes, enfermedad cardíaca e hipertensión.
  - Para recibir este beneficio, debe tener una de las afecciones admitidas.
- Consulte la fila de "Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos" en el Cuadro de beneficios médicos incluido a continuación para obtener más detalles.

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

Cuadro de beneficios médicos

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
** El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.*	
Cobertura e información sobre COVID-19 Mientras en Cigna seguimos respondiendo a la propagación global del COVID-19, su seguridad y su bienestar son nuestra prioridad. Visite nuestro **Centro de Recursos sobre COVID-19 en Cigna.com/Coronavirus** para ver la información más actualizada sobre la atención y la cobertura (que incluye pruebas, diagnóstico y tratamiento). Haga clic en el botón *Medicare and Medicaid Customers* (Clientes de Medicare y Medicaid) para obtener información sobre la cobertura de Medicare.	
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Ecografía de detección por única vez para personas en riesgo. El plan únicamente cubre este examen si usted tiene determinados factores de riesgo y si recibe una referencia de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.	Los miembros que reúnen los requisitos para este examen de detección preventivo no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Acupuntura para lumbalgia crónica Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: **A los fines de este beneficio, la lumbalgia crónica se define como un dolor:** • que dura 12 semanas o más; • no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o está empeorando. Requisitos para proveedores: Los médicos (según lo definido en el artículo 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar servicios de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA, por sus siglas en inglés), las enfermeras practicantes (NP, por sus siglas en inglés)/los especialistas en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) (según lo definido en el artículo 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en Acupuntura o Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación en Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, por sus siglas en inglés); y • una licencia vigente, plena, activa e irrestricta para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (p. ej., Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés).	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare
Servicios de telesalud adicionales: Fisioterapia y patología del habla y del lenguaje Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia virtual y terapia del habla y del lenguaje virtual	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por fisioterapia virtual cubierta por Medicare Copago de $0 por patología del habla y del lenguaje virtual cubierta por Medicare

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen aviones, helicópteros y servicios de ambulancia terrestres hasta el centro apropiado más cercano que pueda atender a un miembro solo si la afección médica tiene características por las cuales otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si el plan los autoriza. • El transporte que no es de emergencia en ambulancia es apropiado si está documentado que la afección del miembro tiene características por las cuales otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.** Copago de $0 o $50* por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia terrestre cubierto por Medicare Coseguro del 0% o 20% * por cada viaje de ida o de vuelta en ambulancia aérea cubierto por Medicare
Examen físico anual El examen físico anual es un examen físico completo que incluye la recopilación de la historia clínica y también puede incluir cualquiera de los siguientes chequeos: signos vitales, observación de la apariencia general, un examen de cabeza y cuello, un examen cardíaco y pulmonar, un examen abdominal, un examen neurológico, un examen dermatológico y un examen de las extremidades. La cobertura para este beneficio se proporciona de manera adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Límite de un examen físico por año. Es posible que se apliquen costos compartidos por separado por cualquier procedimiento de diagnóstico o de laboratorio adicional indicado durante el examen físico anual.	Copago de $0 por examen físico anual
Visita de bienestar anual Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de sus factores de riesgo y su situación de salud actual. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: No puede realizar su primera visita de bienestar anual dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales si ya ha tenido la Parte B durante 12 meses.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva anual. Es posible que se aplique un copago aparte si se hace un análisis de laboratorio de detección no preventivo o se presta otro servicio no preventivo en el mismo momento de la visita de bienestar anual.
Medición de la densidad ósea Para las personas que reúnan los requisitos (en general, esto significa personas que están en riesgo de perder densidad ósea o de sufrir osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la densidad ósea, para detectar la pérdida ósea o para determinar la calidad ósea, que incluyen la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por una medición de la densidad ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Hay programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que reúnen determinadas condiciones con una referencia de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, habitualmente, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por cada visita de tratamiento de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare Copago de $0 por cada visita de tratamiento de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare
Visita de reducción de riesgos de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de cuidado primario para ayudarle a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina (si corresponde), medirle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo bien.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.
Análisis de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por análisis de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: los exámenes de Papanicolaou y exámenes pélvicos se cubren una vez cada 24 meses • Si usted presenta un riesgo alto de sufrir cáncer de cuello uterino o vaginal o está en edad reproductiva y ha tenido un resultado anormal en un examen de Papanicolaou en los últimos 3 años: un examen de Papanicolaou cada 12 meses	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se sale de su posición) si el procedimiento lo realiza un quiropráctico.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas de 50 años en adelante, se cubre lo siguiente: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en la materia fecal con el método de guayaco (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica de materia fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Examen para detectar el cáncer colorrectal con análisis de ADN cada 3 años. Determinados análisis de ADN tienen criterios específicos para poder realizárselos. Analice las opciones con su médico. Para personas con alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para personas que no presentan un alto riesgo de sufrir cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de haberse realizado una sigmoidoscopia de detección Además de los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, cubrimos exámenes de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos cubiertos por Medicare (p. ej., extirpación de pólipos) durante un examen colorrectal con un copago de $0.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.
Servicios dentales En general, Original Medicare no cubre servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales). No obstante, proporcionamos una asignación dental para reembolsar determinados servicios dentales integrales y preventivos complementarios. El saldo no utilizado de la asignación no se transfiere a futuros años de beneficios. Los procedimientos estéticos no están cubiertos. Su proveedor dental enviará un reclamo de reembolso. Usted puede usar a cualquier proveedor dental con licencia que no esté en la lista de exclusión. Para obtener más información sobre su cobertura dental, llame a la línea de Servicio al Cliente de la cobertura dental al 1-866-213-7295 (TTY 711).	**Es posible que se necesite autorización para los servicios dentales cubiertos por Medicare.** Copago de $0 para beneficios dentales cubiertos por Medicare *Asignación combinada de $2,500 para servicios dentales integrales y preventivos complementarios por año.* El miembro es responsable de pagar cualquier suma que supere la cantidad de la asignación.
Examen de detección de la depresión Cubrimos un examen para la detección de la depresión por año. El examen se debe realizar en un establecimiento de cuidado primario que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de la depresión.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Examen de detección de la diabetes Cubrimos este examen (que incluye pruebas de glucemia en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel elevado de azúcar en sangre (glucosa). También es posible que los exámenes se cubran si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estos exámenes, es posible que usted reúna los requisitos para recibir hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos Para todas las personas que tienen diabetes (sean insulinodependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar su nivel de glucosa en sangre: monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en sangre. • Dispositivos de lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (que incluye las plantillas proporcionadas con esos zapatos) y otros dos pares de plantillas, o un par de zapatos con mayor profundidad y tres pares de plantillas (lo que no incluye las plantillas removibles que no están hechas a medida proporcionadas con esos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes se cubre en determinadas condiciones. **Nota:** Las jeringas y agujas están cubiertas por nuestro beneficio de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 de esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre los costos compartidos.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita una referencia para la capacitación para el autocontrol de la diabetes.** Copago de $0 por suministros para el monitoreo de la diabetes cubiertos por Medicare de marca preferida. Las tiras reactivas, los monitores y los dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa de marca no preferida para personas diabéticas no están cubiertos. Los miembros cumplen con los requisitos para recibir un medidor de glucosa y un dispositivo de monitoreo continuo de la glucosa cada dos años. Además, los miembros cumplen con los requisitos para recibir 200 tiras reactivas para medir la glucosa o tres sensores por período de 30 días, según qué modelo de medidor usen. Copago de $0 por plantillas y calzados terapéuticos cubiertos por Medicare Copago de $0 por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo). Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: sillas de ruedas, muletas, sistemas con colchón eléctrico, suministros para la diabetes, camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Copago de $0 por artículos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cubrimos todos los DME médicamente necesarios que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con un fabricante o una marca en particular, puede pedirle que haga un pedido especial para usted. La lista de proveedores más actualizada está disponible en nuestro sitio web en www.cignamedicare.com.	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que son: • prestados por un proveedor que reúne los requisitos para prestar servicios de emergencia y • necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Existe una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente. El costo compartido por servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el correspondiente a los servicios proporcionados dentro de la red. Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios brindados para ayudar al médico a decidir si el paciente necesita ser admitido como paciente hospitalizado o ser dado de alta. Los servicios de observación pueden brindarse en el departamento de emergencias o en otra área del hospital. Para obtener información sobre los costos compartidos de los servicios de observación, consulte la sección **Observación hospitalaria ambulatoria** de esta *Evidencia de cobertura*. *La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo.*	Copago de $0 o $75* por visitas a salas de emergencias cubiertas por Medicare. *Copago de $75 por visitas a salas de emergencias en todo el mundo y transporte de emergencia en todo el mundo* *Límite combinado de $50,000 (dólares estadounidenses) por año por servicios de emergencia y de cuidado de urgencia que se le proporcionen fuera de los EE. UU. y sus territorios.* El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario. Si es admitido en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, pagará $0 por la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, deberá recibir su atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Programas de educación sobre salud y bienestar **Línea de Información sobre la Salud** Use la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna para hablar de manera personalizada con una asesora de enfermería.* Atendemos todos los días del año para brindar educación relacionada con la salud, asesoramiento y apoyo. Puede llamar para escuchar grabaciones de nuestra Biblioteca de información sobre la salud. La Línea de Información sobre la Salud de Cigna no reemplaza las llamadas al 911. Si tiene una emergencia que requiere atención médica, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Para acceder a la Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas de Cigna, llame al 1-866-576-8773 (TTY 711).	Copago de $0 *por los siguientes programas de salud y bienestar:* *– Línea de Información sobre la Salud atendida las 24 horas* *– HealthWise*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
* Estas asesoras de enfermería tienen una licencia de enfermería vigente en un mínimo de un estado, pero no ejercen la enfermería ni brindan asesoramiento médico en calidad de asesoras médicas en ningún caso. **HealthWise** Tendrá acceso a contenido en video y escrito sobre una gran variedad de temas relacionados con la salud y el bienestar a través del sitio web de Cigna Medicare.	
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico del equilibrio y de la audición realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como cuidados para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Los beneficios complementarios cubren: • hasta un examen de audición de rutina por año • evaluación de ajuste de aparato(s) auditivo(s) • aparato(s) auditivo(s) Las evaluaciones de aparatos auditivos forman parte del examen de audición de rutina. Se permiten múltiples ajustes con el proveedor original si son necesarios para garantizar que los aparatos auditivos se ajusten con precisión. Es necesario realizar un examen de audición de rutina antes de que puedan despacharse aparatos auditivos. Los aparatos auditivos están limitados a aquellos que se usen externamente y no incluyen dispositivos de asistencia para escuchar, amplificadores ni dispositivos desechables. Los clientes deben comunicarse con el proveedor de servicios de audición de Cigna para acceder al examen de audición de rutina y los beneficios complementarios para aparatos auditivos. Se otorga un período de evaluación de 60 días para determinar la eficacia de un aparato auditivo. Los aparatos auditivos que se adquieren a través del proveedor de servicios de cuidado de la audición de Cigna vienen con un suministro de baterías para 4 años incluido (hasta 256 pilas por aparato auditivo). Para obtener más información sobre los beneficios complementarios relacionados con la audición, consulte el Manual para clientes del plan o comuníquese con el proveedor de servicios de audición de Cigna llamando al 1-866-872-1001 (TTY 711).	**Se necesita una referencia para los exámenes de audición cubiertos por Medicare y los servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.** Copago de $0 por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare. Es posible que se aplique un costo compartido por PCP/Especialista por separado si se brindan servicios adicionales que requieren costo compartido. *Copago de $0 por un examen de audición de rutina por año* *Copago de $0 por evaluaciones de ajuste de aparatos auditivos* *Asignación de $1,000 por aparato auditivo por oído cada tres años.* Los miembros son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.
Examen de detección de VIH Para las personas que piden un examen de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de tener infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses En el caso de mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo	Los miembros que reúnen los requisitos para el examen de detección preventivo de VIH cubierto por Medicare no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.
Entrega de comidas en el hogar Al ser dados de alta de un hospital como paciente internado o de un centro de cuidados especiales, los miembros podrán recibir 14 comidas congeladas saludables en su hogar. Este beneficio está disponible hasta tres (3) veces al año. Las altas de un departamento de emergencias, una estadía para observación o una visita ambulatoria	*Copago de $0 por el beneficio de entrega de comidas en el hogar* *Copago de $0 por 56 comidas, durante 28 días, una vez por año para miembros con ESRD*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
no son elegibles. Los miembros que cumplan con este requisito recibirán una llamada del proveedor de comidas de Cigna para programar la entrega. Para obtener más información sobre su beneficio de entrega de comidas en el hogar, consulte el Manual para clientes del plan o llame a Servicio al Cliente. Los números de teléfono están en la contratapa de este cuadernillo. **Comidas para miembros con ESRD** Los miembros que tengan un diagnóstico de enfermedad renal terminal (ESRD) y estén inscritos en un programa de administración de cuidados para ESRD pueden recibir hasta 56 comidas congeladas saludables en su hogar.* Los miembros pueden recibir este beneficio una vez al año. Los miembros que cumplan con este requisito recibirán una llamada del proveedor de comidas de Cigna para programar la entrega. * Se requiere autorización y/o una referencia para las comidas para ESRD.	
Cuidados de una agencia de salud en el hogar Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y pedirá que una agencia de salud en el hogar preste estos servicios. Usted debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su casa es un esfuerzo muy grande. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Servicios de asistentes de salud en el hogar y de enfermería especializada intermitentes o a tiempo parcial (para recibir cobertura en virtud del beneficio de cuidado de la salud en el hogar, sus servicios de asistentes de salud en el hogar y de enfermería especializada combinados deben alcanzar un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Copago de $0 por visitas de salud en el hogar cubiertas por Medicare
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar consiste en administrar medicamentos o productos biológicos por vía intravenosa o subcutánea a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Servicios profesionales, como servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidados • Capacitación y educación del paciente que no esté cubierta de otro modo por el beneficio de equipos médicos duraderos • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar administrados por un proveedor de terapia de infusión en el hogar calificado	Usted paga el costo compartido aplicable por cada servicio obtenido. Consulte las listas de beneficios de *Equipos médicos duraderos y suministros relacionados y Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* para conocer las cantidades de costos compartidos relacionadas.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados para enfermos terminales Usted puede recibir los cuidados a través de cualquier programa para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted cumple los requisitos para recibir el beneficio de cuidados para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para control de síntomas y alivio del dolor • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar Para servicios para enfermos terminales y para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios para enfermos terminales relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales le facturará a Original Medicare los servicios que Original Medicare paga. Para servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni urgencia que están cubiertos en virtud de la Parte A o de la Parte B de Medicare, y no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga únicamente la cantidad de costo compartido del plan por servicios de la red • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido de Medicare de tarifa por servicio (Original Medicare) Para servicios cubiertos por nuestro plan, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare: Nuestro plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos en virtud de la Parte A o la Parte B, ya sea que estén relacionados con su pronóstico terminal o no. Usted paga la cantidad de costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que es posible que estén cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?). **Nota:** Si necesita atención que no es para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre la consulta sobre los servicios para enfermos terminales (solo una vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio para enfermos terminales.	Cuando usted se inscribe en un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, Original Medicare –y no nuestro plan– paga sus servicios para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. *Debe atenderse en un* centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Debe consultar a su plan antes de seleccionar un centro para enfermos terminales. Consulta sobre los servicios para enfermos terminales Usted paga el costo compartido correspondiente al proveedor del servicio (por ejemplo, servicios de médicos). Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta *Evidencia de cobertura*.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si presenta un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención hospitalaria como paciente internado Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días para una hospitalización como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, lo que incluye dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o de cuidados coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de salas de recuperación y quirófanos • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre y de intestino y multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso. Este centro decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se brindan fuera del patrón de cuidados de la comunidad, puede optar por recibirlos en forma local, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita una referencia únicamente para los procedimientos opcionales.** Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Copago de $0 por cada hospitalización cubierta por Medicare En algunos casos, es posible que se aplique una política de readmisión en la que continuará el beneficio de la admisión original. Si recibe servicios de cuidado de la salud como paciente internado autorizados en un hospital fuera de la red una vez que se estabilizó su afección de emergencia, su costo será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
de Original Medicare. Si nuestro plan presta servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de cuidados para trasplantes de su comunidad, y usted elige obtener el trasplante en esta ubicación distante, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento apropiados para usted y un acompañante. • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que use. • Servicios de médicos **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe emitir una orden escrita para admitirle formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Cuidado de salud mental como paciente internado Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para el cuidado de la salud mental como paciente internado en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria como paciente internado no se aplica a los servicios mentales como paciente internado proporcionados en un hospital general.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Excepto en una emergencia, su médico debe informarle al plan que usted será admitido en el hospital. Por cada hospitalización cubierta por Medicare, su copago es: –Días 1-6: Copago de $0 o $100* por día. –Días 7-90: Copago de $0 por día. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, podrá usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, su cobertura hospitalaria como paciente internado se limitará a 90 días. Hay un copago de $0 por día de reserva de por vida.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Estadía como paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente internado no cubierta Si usted agotó sus beneficios como paciente internado, o si la estadía como paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que reciba mientras esté en el hospital o en un centro de cuidados especiales (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Servicios de médicos • Exámenes de diagnóstico (como análisis de laboratorio) • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, que incluye los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen la totalidad o parte de un órgano interno (lo cual incluye el tejido adyacente), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno que funciona mal o que ha dejado de funcionar en forma permanente, incluido el reemplazo o las reparaciones de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, lo cual incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Usted paga el costo compartido aplicable para otros servicios como si estos fueran proporcionados a un paciente ambulatorio. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta *Evidencia de cobertura*.
Terapia médica nutricional Este beneficio se brinda a personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se sometan a diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando su médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba servicios de terapia médica nutricional de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas por año en adelante. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con una orden del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si usted necesita tratamiento en el siguiente año calendario.	Los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare no deben pagar un coseguro, copago ni deducible.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Todos los planes de salud de Medicare cubrirán los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) para los beneficiarios de Medicare que reúnan los requisitos. El MDPP consiste en una intervención estructurada para generar un cambio de conducta con respecto a la salud, que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
resolver problemas con el fin de superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos en virtud de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que generalmente el paciente no se autoadministra y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, servicios como paciente ambulatorio de un hospital o servicios de un centro quirúrgico ambulatorio • Los medicamentos que se administran utilizando equipos médicos duraderos (como nebulizadores) que el plan autorizó • Factores de coagulación que usted se inyecta si tiene hemofilia • Inmunodepresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si está confinado a su hogar, si tiene una fractura ósea que un médico certifique que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y si no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritrocitopoyesis (como epoetina alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primarias El siguiente vínculo le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: www.cigna.com/medicare/resources/drug-list-formulary. También cubrimos algunas vacunas en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, que incluye las reglas que usted debe seguir para que se cubran sus medicamentos con receta. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Coseguro del 0% o 15%* del costo por los medicamentos de quimioterapia de la Parte B y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Es posible que los medicamentos de la Parte B de Medicare estén sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.
Terapia y examen de detección de obesidad para promover el adelgazamiento sostenido Si su índice de masa corporal es de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento se cubre si lo recibe en un establecimiento de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su profesional o médico de cuidado primario para obtener más información.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la terapia y los exámenes de detección de obesidad preventivos.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno de consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Copago de $0 por servicios para el tratamiento del consumo de opioides cubiertos por Medicare.
Exámenes de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Radiografías • Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), que incluye materiales y suministros de los técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir las fracturas y las dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que use. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **No se necesita autorización para exámenes relacionados con el COVID-19.** **Se necesita referencia.** Es posible que también se aplique un cargo por el centro. Copago de $0* por todos los demás procedimientos y exámenes de diagnóstico. Copago de $0 por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare Copago de $0 por servicios hematológicos cubiertos por Medicare Copago de $0 por servicios radiológicos de diagnóstico y de medicina nuclear cubiertos por Medicare. Copago de $0 por los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare Copago de $0 por radiografías cubiertas por Medicare. No se requiere autorización para las radiografías.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Observación en un hospital como paciente ambulatorio Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios brindados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria se cubran, deben cumplir con los criterios de Medicare y deben considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se proporcionan por indicación de un médico u otra persona autorizada por las leyes de licencias estatales y los estatutos para el personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas ambulatorias. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 o $0 por observación hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare
Servicios hospitalarios ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Exámenes de diagnóstico y análisis de laboratorio que factura el hospital • Cuidados de salud mental, que incluyen cuidados en un programa de hospitalización parcial si un médico certifica que, sin este programa, se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología que factura el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Determinados medicamentos y sustancias biológicas que no puede administrarse por su cuenta **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden escrita para admitirle como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido para servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Usted paga el costo compartido aplicable por estos servicios. Consulte el beneficio correspondiente en esta sección de esta *Evidencia de cobertura*. Los medicamentos autoadministrados (medicamentos que normalmente tomaría solo) no están cubiertos en un entorno hospitalario ambulatorio. Estos medicamentos pueden estar cubiertos por su beneficio de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
"paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada "¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en Internet en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Cuidado de salud mental como paciente ambulatorio Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra con licencia del estado o un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud mental que reúna los requisitos de Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables. Los miembros podrán acceder a determinados proveedores que ofrecen servicios de telesalud para la salud del comportamiento por teléfono/computadora/tableta, etc., lo que les permitirá un acceso más sencillo a los servicios de telepsiquiatría. Para encontrar estos proveedores, puede visitar providersearch.hsconnectonline.com/OnlineDirectory en línea o llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Copago de $0 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare Copago de $0 por cada visita de terapia individual o grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare Copago de $0 por cada visita de salud del comportamiento o telesalud cubierta por Medicare
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: visitas en persona para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en diversos establecimientos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare Copago de $0 por visitas de fisioterapia en persona cubiertas por Medicare Copago de $0 por visitas de patología del habla y del lenguaje en persona cubiertas por Medicare
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias, como el Programa de Hospitalización Parcial, Programas de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP), evaluación ambulatoria, terapia ambulatoria y administración de medicamentos, proporcionados por un médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera practicante, asistente médico u otro profesional del cuidado de la salud del comportamiento que reúna los requisitos de Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Copago de $0 por visitas de tratamiento de abuso de sustancias individual o grupal para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare

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

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios

Servicios de médicos/profesionales, que incluyen visitas al consultorio médico
Los servicios cubiertos incluyen:
• Atención médica y servicios quirúrgicos médicamente necesarios proporcionados en un consultorio médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, un departamento ambulatorio hospitalario o cualquier otro lugar
• Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista
• Exámenes básicos de la audición y del equilibrio realizados por su especialista si su médico los ordena para verificar si necesita tratamiento médico
• Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios para: alergias, tos, dolor de cabeza, náuseas y otras enfermedades de bajo riesgo
  ○ Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, deberá usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.
  ○ El beneficio de telesalud se aplica a los proveedores que se asocien con el proveedor de servicios de telesalud de Cigna para brindar servicios de telesalud. Los clientes deberán completar un registro y una breve historia clínica la primera vez que usen los servicios de telesalud, y deberán proporcionar el copago aplicable al momento de la visita de telesalud. La comunicación electrónica puede realizarse por teléfono inteligente, teléfono regular, computadora o tableta y puede incluir video. Para obtener más información sobre los beneficios de telesalud, consulte el Manual para clientes del plan o comuníquese con Servicio al Cliente de Cigna.
• Algunos servicios de telesalud, como consultas, diagnóstico y tratamiento, que un médico o profesional proporcione a pacientes en ciertas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare
• Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para miembros que reciben diálisis en el hogar, en un centro de diálisis renal de un hospital o un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro
• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación
• Los servicios de telesalud para miembros con un trastorno de consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación
• Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico durante 5-10 minutos **si**:
  ○ No es un paciente nuevo **y**
  ○ El chequeo no está relacionado con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días **y**
  ○ El chequeo no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la primera cita disponible
• Evaluación de imágenes y/o videos enviados a su médico, y la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas **si**:
	Es posible que se apliquen reglas de autorización.
	Se necesita una referencia para las visitas a un especialista y a otros profesionales de cuidado de la salud.
	Copago de $0 por cada visita a un médico de cuidado primario cubierta por Medicare. Copago de $0 por cada visita a un médico de telesalud cubierta por Medicare.
	Copago de $0 por cada visita a un especialista cubierta por Medicare
	Copago de $0 por cada servicio de otro profesional de cuidado de la salud cubierto por Medicare

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
○ No es un paciente nuevo **y** ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días **y** ○ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las siguientes 24 horas o para la primera cita disponible • Consultas de su médico con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante registros de salud electrónicos • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación contra neoplasias malignas o servicios que se cubrirían si fueran prestados por un médico) • Medicare cubre los servicios proporcionados por otros proveedores de la salud, como asistentes médicos, enfermeras practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos. Profesional de la salud significa: – un médico que es un doctor en medicina u osteopatía; o – un asistente médico, una enfermera practicante o un especialista en enfermería clínica; o – un profesional médico (como un educador sobre la salud, un dietista registrado, un profesional experto en nutrición u otro profesional con licencia) o un equipo de dichos profesionales médicos que trabajan bajo la supervisión directa de un médico	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médicamente necesario de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo martillo, juanetes o espolones en el talón) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	**Se necesita referencia.** Copago de $0 por cada visita de podiatría cubierta por Medicare
Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen los siguientes, una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por un examen anual de PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (que no son dentales) que reemplazan la totalidad o parte de una función o una parte del cuerpo. Esto incluye, a modo de ejemplo: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, prótesis ortopédicas y prótesis de senos (incluso un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y su reparación y/o reemplazo. También incluye determinada cobertura luego de la cirugía de cataratas o extracción de cataratas (consulte “Cuidado de la vista” a continuación para obtener más detalles).	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Coseguro del 0% o 20%* para dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por cada visita de tratamiento de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare
Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Cubrimos un examen de detección de consumo indebido de alcohol para adultos que tienen Medicare (que incluye a mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida, pero no son dependientes del alcohol. Si el resultado del examen de detección de consumo indebido de alcohol es positivo, puede recibir hasta 4 sesiones de asesoramiento personales breves por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un profesional o médico de cuidado primario calificado en un establecimiento de cuidado primario.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol cubierto por Medicare.
Examen de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de dosis baja (LDCT) Para las personas que reúnan los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de entre 55 y 77 años sin signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero con antecedentes de haber fumado, por lo menos, 30 paquetes de cigarrillos por año, y que fumen en la actualidad o que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden escrita de LDCT durante una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida que cumpla con los criterios de Medicare para ese tipo de visitas, emitida por un médico o profesional no médico calificado. *Respecto de exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT posteriores a la LDCT inicial:* el miembro debe recibir una orden escrita para llevar adelante ese nuevo examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la cual podrá proporcionarse en cualquier visita pertinente a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento sobre exámenes de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisión compartida para futuros exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir los criterios que Medicare establece para tales visitas.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y de toma de decisión compartida cubierta por Medicare ni por la LDCT.
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para detectar clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y para determinadas personas con mayor riesgo	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
de sufrir una ITS cuando el médico de cuidado primario indica los exámenes. Cubrimos estos exámenes una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales personales de asesoramiento conductual de alta intensidad de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Únicamente cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de cuidado primario y se realizan en un establecimiento de cuidado primario, como el consultorio de un médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a cuidar el riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica de etapa IV referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (que incluye tratamientos de diálisis cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio, según se explicó en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si le admiten como paciente internado en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para autodiálisis (que incluye capacitación para usted y para cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando es necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, para ayudarle en casos de emergencia y para verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	**Es posible que se apliquen las reglas de autorización para la diálisis renal cubierta por Medicare.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por servicios de educación sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare Coseguro del 0% o 20%* para la diálisis renal cubierta por Medicare
Cuidados en un centro de cuidados especiales (SNF) (Para obtener una definición de “cuidados en un centro de cuidados especiales”, consulte el Capítulo 12 de este cuadernillo. A veces, a los centros de cuidados especiales se los llama “SNF”, por sus siglas en inglés). El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, lo que incluye dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** Para las estadías en un SNF cubiertas por Medicare, el copago es: –Días 1-20: Copago de $0 por día. –Días 21-65: Copago de $0 o $75* por día. –Días 66-100: Copago de $0 por día. Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted debe pagar el

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
• Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidados (esto incluye las sustancias que se encuentran naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación de la sangre). • Sangre: incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y concentrado de eritrocitos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que use. • Suministros médicos y quirúrgicos habitualmente proporcionados por los SNF • Análisis de laboratorio habitualmente proporcionados por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología habitualmente proporcionados por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, habitualmente proporcionados por los SNF • Servicios de médicos/profesionales Generalmente, usted recibirá los cuidados de SNF a través de centros dentro de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se enumeran a continuación, es posible que usted pueda obtener el cuidado en un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de retiro de cuidados permanentes donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de su admisión en el hospital (siempre que proporcione cuidados de centros de cuidados especiales). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted deje el hospital	costo compartido correspondiente, a partir del primer día, cada vez que se le admite. Se aplica el costo compartido el día del alta.
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Cubrimos dos intentos para abandonar el consumo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que el tabaco puede afectar: Cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el consumo. Cubrimos dos intentos para abandonar el consumo con asesoramiento dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar el costo compartido aplicable. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos: Tarjeta para alimentos saludables de Cigna La tarjeta para alimentos saludables de Cigna consiste en una asignación mensual para comprar alimentos saludables en tiendas minoristas participantes dentro del área de servicio. La tarjeta puede usarse para comprar artículos comestibles aprobados, como frutas y verduras, carne, fiambres, lácteos, pan y alimentos enlatados. El beneficio se aplica a una cantidad mensual especificada y no se traslada al mes siguiente ni al año siguiente. Las cantidades especificadas se recargarán cada mes.	*Límite de $50 por mes.*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI, por sus siglas en inglés) para clientes únicamente. Deben haberle diagnosticado una afección crónica, como diabetes, enfermedad cardíaca e hipertensión, para poder recibir este beneficio. Para obtener más información sobre su tarjeta para alimentos saludables, consulte el Manual para clientes del plan o llame a Servicio al Cliente. Los números de teléfono están en la contratapa de este cuadernillo.	
Ejercicio supervisado (SET) El ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés) está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y que recibieron una recomendación de tratamiento del médico responsable. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • consistir en sesiones que duren 30-60 minutos, que comprendan un programa de ejercicio-entrenamiento terapéutico para EAP en pacientes con claudicación • ofrecerse en un entorno hospitalario ambulatorio o el consultorio de un médico • ser proporcionado por personal auxiliar calificado que garantice que los beneficios superen los daños y que tenga la capacitación adecuada para ofrecer el ejercicio terapéutico para EAP • estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera practicante/especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital básico y avanzado El SET puede estar cubierto más allá de las 36 sesiones, durante 12 semanas, por 36 sesiones adicionales durante un período extendido si un proveedor de cuidado de la salud lo considera médicamente necesario.	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** **Se necesita referencia.** Copago de $0 por cada visita de ejercicio supervisado cubierta por Medicare
Transporte El beneficio de transporte relacionado con la salud de rutina incluye una cantidad específica de viajes de ida o de vuelta en taxi, servicios de viaje compartido, camioneta o transporte médico. Los clientes deben comunicarse con el proveedor de transporte de Cigna al menos 48 horas antes de su cita para programar los servicios de transporte que no sean de emergencia a lugares aprobados por el plan, como citas médicas. El transporte coordinado fuera del proveedor de transporte no estará cubierto y será responsabilidad del miembro. Las cancelaciones deben realizarse hasta dos horas antes del viaje programado, o el viaje se deducirá de la cantidad de viajes restantes. Se aplica una distancia máxima de 60 millas por viaje de ida o de vuelta. Se requiere autorización previa cuando la distancia del viaje hasta un proveedor supere el límite 60 millas. Los viajes que superen una distancia de 60 millas por viaje de ida o de vuelta no están cubiertos, excepto cuando el transporte sea necesario para obtener servicios específicos médicamente necesarios cubiertos por Medicare o el plan. El proveedor de transporte está asociado con Lyft para brindar transporte a los clientes ambulatorios. Los clientes con necesidades especiales serán transportados por conductores tradicionales de transporte médico que no es de emergencia (NEMT, por sus siglas en inglés), que tienen vehículos que se adaptan para sillas de ruedas,	**Es posible que se apliquen reglas de autorización.** *Copago de $0 por un máximo de 50 viajes de ida o de vuelta por año a lugares aprobados por el plan*

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
andadores, etc. Para ser transportados por un conductor de Lyft, los clientes deben poder recibir mensajes de texto en sus teléfonos. Es posible que el transporte de Lyft no esté disponible para determinados tipos de transportes y dentro de ciertos mercados. Las solicitudes de transporte recibidas con menos de 48 horas de anticipación se revisarán caso por caso para determinar la urgencia del viaje y la disponibilidad de un conductor de NEMT para transportar al miembro. Un conductor de NEMT tradicional puede llevar a varios ocupantes en un vehículo. El transporte de Lyft es para un solo ocupante; sin embargo, es posible que se permita un acompañante o familiar. Para obtener más información sobre los beneficios relacionados con el transporte, consulte el Manual para clientes de Cigna o comuníquese con el proveedor de servicios de transporte de Cigna llamando al 1-866-382-0513 (TTY 1-855-823-8587).	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se proporcionan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad médica imprevista, que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal. El costo compartido por servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el correspondiente a los servicios proporcionados dentro de la red. *Los servicios de urgencia están cubiertos en todo el mundo.*	Copago de $0 por visita para servicios de urgencia cubierta por Medicare *Copago de $75 por cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo y por transporte de emergencia en todo el mundo* *Límite combinado de $50,000 (dólares estadounidenses) por año por servicios de emergencia y de cuidado de urgencia que se le proporcionen fuera de los EE. UU. y sus territorios.* El transporte de emergencia debe ser médicamente necesario.
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones del ojo, incluso el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de rutina de la vista (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto. No obstante, este plan cubre un (1) examen de la vista de rutina complementario (incluida la refracción de la vista) por año. Las refracciones de la vista fuera del examen de la vista de rutina complementario anual no están cubiertas. • Para las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma, cubriremos un examen de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de sufrir glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más. • Las personas con diabetes tienen cubierto un examen de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si le hacen dos operaciones de	Copago de $0 por los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo, incluido un examen anual de detección de glaucoma para las personas en riesgo. Copago de $0 por exámenes de detección de glaucoma y exámenes de retina para pacientes diabéticos. Copago de $0 por todos los demás servicios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare. Es posible que se aplique un costo compartido aparte por el PCP/especialista si se proporcionan servicios adicionales que requieran un costo compartido (por ejemplo, si se descubre una afección médica ocular durante un examen de la vista preventivo de rutina).

Servicios cubiertos para usted	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
cataratas por separado, no puede reservarse el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda). • Anteojos y marcos o lentes de contacto hasta la cantidad de la asignación del plan. La asignación especificada en el plan puede aplicarse a un juego de anteojos o lentes de contacto a elección del miembro, que incluye la combinación de marco/lentes/opciones de lentes del anteojo o lentes de contacto (incluidos los honorarios profesionales relacionados) en lugar de anteojos. La asignación anual complementaria para anteojos y lentes de contacto se aplica solamente al valor minorista. Los impuestos aplicables no están cubiertos. El saldo no utilizado de la asignación no se transfiere a futuros años de beneficios. Los exámenes de la vista de rutina y los anteojos o lentes de contacto complementarios deben obtenerse a través de un proveedor de la red del proveedor de servicios de la vista de Cigna. Los servicios que se obtengan a través de proveedores fuera de esta red no están cubiertos. Para obtener más información sobre su beneficio de exámenes de la vista de rutina complementarios y anteojos y lentes de contacto complementarios, consulte el Manual para clientes de Cigna o comuníquese con el proveedor de servicios de la vista de Cigna llamando al 1-888-886-1995 (TTY 711). Para obtener más información sobre los beneficios de cuidado de la vista cubiertos por Medicare, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).	Por procedimientos quirúrgicos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio, es posible que se aplique por separado un costo compartido por el médico o un cargo por el centro. Copago de $0 por: –anteojos y lentes de contacto cubiertos por Medicare (un par de anteojos con marcos/lentes estándar o un juego de lentes de contacto estándar después de una cirugía de cataratas que implante una lente intraocular) Copago de $0 por: *–hasta un examen de la vista de rutina complementario por año* *Copago de $0 hasta la asignación para anteojos y lentes de contacto por:* *–un máximo de un par de anteojos (lentes y marcos) por año* *–lentes de contacto ilimitados hasta el límite de cobertura del plan* *–un máximo de un par de lentes de anteojos por año* *–un máximo de un marco de anteojos por año* *–mejoras* Asignación de $300 por año para anteojos y lentes de contacto complementarios. Los miembros son responsables de pagar todos los costos que superen la cantidad de la asignación.
Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (que incluye determinados exámenes de detección y vacunas), y referencias para otros servicios de cuidado de la salud si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente durante los primeros 12 meses en que usted tenga la Parte B de Medicare. Cuando pida una cita, informe en el consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No se debe pagar un coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".

** El costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.*

Para obtener información sobre sus beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), consulte el Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en su Resumen de beneficios. Para obtener una copia del Resumen de beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contratapa de este cuadernillo o visite www.cignamedicare.com. Puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) para determinar su nivel de elegibilidad para Medicaid. Puede encontrar la información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) en la Sección 6 del Capítulo 2 de esta *Evidencia de cobertura*.

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

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por nuestro plan

Todos los servicios cubiertos por Original Medicare están también cubiertos por nuestro plan. Para conocer otros servicios que están cubiertos únicamente por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), consulte la sección del Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid en el Resumen de beneficios de su plan. Para obtener una copia del Resumen de beneficios, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contratapa de este cuadernillo o visite www.cignamedicare.com.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección le informa sobre qué servicios están “excluidos”. Excluido significa que el plan no cubre el servicio.

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

No pagaremos por los servicios médicos excluidos que aparecen en el siguiente cuadro, salvo en las circunstancias específicas mencionadas. La única excepción es que pagaremos si se determina, en una apelación, que un beneficio incluido en el siguiente cuadro es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos respecto de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este cuadernillo).

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

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Acupuntura.		✔ Cubierta para lumbalgia crónica
Cirugía o procedimientos estéticos.		✔ Cubiertos en caso de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte malformada del cuerpo. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como para lograr una apariencia simétrica del seno no afectado.

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
El cuidado de custodia es cuidado que se proporciona en hogares de ancianos, centros para enfermos terminales u otros centros cuando usted no requiere atención médica especializada o cuidados de enfermería especializados. El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como cuidado que le ayuda con actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	✔	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare determinaron que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✔ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Tarifas cobradas por el cuidado por sus familiares directos o miembros de su grupo familiar.		
Cuidado de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✔	
Entrega de comidas en el hogar.		✔ Consulte la sección de Entrega de comidas en el hogar del Cuadro de beneficios médicos para obtener más información.
Servicios domésticos, que incluyen asistencia básica para el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	✔	
Servicios de medicina natural (usa tratamientos naturales o alternativos).	✔	
Cuidados dentales que no son de rutina.		✔ Es posible que los cuidados dentales necesarios para tratar enfermedades o lesiones se cubran como cuidados para pacientes internados o ambulatorios. .
Servicios obstétricos.	✔	

Servicios que Medicare no cubre	No cubiertos en ninguna circunstancia	Cubiertos únicamente en circunstancias específicas
Calzado ortopédico.		✔ Si el calzado es parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato, o si el calzado es para una persona con enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de cuidados especiales, como un teléfono o televisor.	✔	
Habitación privada en un hospital.		✔ Cubierto solo cuando sea médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para baja visión. (Consulte el Cuadro de beneficios médicos para conocer los servicios de cuidado de la vista cubiertos por nuestro plan).		✔ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✔	
Atención quiropráctica de rutina.		✔ La manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado de rutina de los pies.		✔ Se proporciona determinada cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes).
Servicios que no se consideren razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✔	
Dispositivos para los pies.		✔ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 76
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D ... 76
Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ... 76
SECCIÓN 2 Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 77
Sección 2.1 Para que su medicamento con receta sea cubierto, use una farmacia de la red ... 77
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red ... 77
Sección 2.3 Cómo usar los servicios de pedido por correo del plan ... 78
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? ... 79
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no es parte de la red del plan? ... 79
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan ... 79
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D ... 79
Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ... 80
SECCIÓN 4 La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones ... 80
Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 80
Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones? ... 81
Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? ... 81
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera? ... 82
Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera ... 82
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene algún tipo de restricción? ... 82
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? ... 83
Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 83
Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando? ... 84
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 85
Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 85
SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen un medicamento con receta ... 86
Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía ... 86
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de membresía a mano? ... 86
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 86
Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de cuidados especiales por una estadía cubierta por el plan? ... 86
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)? ... 86

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan colectivo de jubilados o de un empleador? 87

Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare? 87

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos 88

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura 88

Sección 10.2 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura 88

Sección 10.3 Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 89

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

En las siguientes secciones se analiza la cobertura de sus medicamentos en virtud de las reglas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) para conocer los detalles. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

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

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

- Debe pedir a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional) que le recete el medicamento.
- El proveedor debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS para demostrar que está calificado para emitir recetas, o su reclamo de la Parte D será rechazado. La próxima vez que llame o visite a sus proveedores, pregúnteles si cumplen con esta condición. De lo contrario, tenga en cuenta que lleva tiempo que el proveedor presente la documentación necesaria para su procesamiento.

- Generalmente, debe usar una farmacia de la red para que le despachen su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Despacho de medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nos referimos a ella como "Lista de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

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

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

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

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

Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

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

Puede dirigirse a cualquier farmacia de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita una reposición de un medicamento que ha estado tomando, puede pedir a un proveedor que le dé otra receta o solicitar que su receta se transfiera a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, deberá buscar una farmacia nueva que forme parte de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.cignamedicare.com.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si nunca usó nuestro servicio de pedido por correo y/o decide interrumpir los despachos automáticos de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado de la salud para ver si desea que el medicamento se despache y envíe de inmediato. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia entregue el medicamento correcto (que incluye concentración, cantidad y presentación) y, si es necesario, le permitirá cancelar o demorar el pedido antes de que se le facture y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles qué hacer con la receta nueva y evitar demoras en la entrega.

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

Reposiciones de medicamentos con receta pedidos por correo. Para las reposiciones de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reposición automática. En este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros indiquen que su medicamento debería estar por terminarse. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reposición para verificar que necesite más medicamento, y usted podrá cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si la medicación ha cambiado. Si decide no usar nuestro programa de reposición automática, comuníquese con su farmacia 15 días antes de la fecha en que piense que se terminarán los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

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

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

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

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

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red permiten obtener suministros de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden darle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede usar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir suministros para 30 días, 60 días o 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedido por correo.

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

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

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

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

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

¿Cómo se debe pedir un reembolso del plan?

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

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica cuáles son los medicamentos cubiertos de la Parte D

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

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

La Lista de medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) para conocer los detalles. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

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

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca

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

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

Algunos medicamentos con receta están cubiertos en virtud de sus beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid). Nuestra Lista de medicamentos *no* incluye medicamentos cubiertos por Medicaid. Puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Tiene tres formas de averiguarlo:

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

SECCIÓN 4 La cobertura de algunos medicamentos tiene restricciones

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para determinados medicamentos con receta, hay reglas especiales que restringen cómo y cuándo se brinda la cobertura del plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos

de las formas más eficaces. Estas reglas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos tenga precios más razonables.

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

Si su medicamento tiene alguna restricción, generalmente, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento. Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo pedir excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Qué clases de restricciones?

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

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

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

Obtener aprobación del plan por anticipado

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

Probar primero otro medicamento

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

Límites a la cantidad

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

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

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones que se describieron anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, verifique la Lista de medicamentos.

Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visite nuestro sitio web (www.cignamedicare.com).

Si su medicamento tiene alguna restricción, generalmente, esto significa que usted o su proveedor deberán tomar algunas otras medidas para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicio al Cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener cobertura del medicamento. Si quiere pedirnos que la restricción no se aplique en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos estar de acuerdo o no en que la restricción no se aplique en su caso. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo pedir excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted espera?

Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no tiene la cobertura que usted espera

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

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

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

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

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

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

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

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

Puede pedir una excepción

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

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

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

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

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

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

Información acerca de cambios en la cobertura de medicamentos

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

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

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca de la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por una nueva versión genérica aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.
  - Quizás no le informemos con anticipación que haremos ese cambio, incluso si usted está tomando el medicamento de marca.
  - Usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
  - Si usted está tomando el medicamento de marca cuando hagamos el cambio, le proporcionaremos información sobre el (los) cambio(s) específico(s) que hayamos hecho. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que se cubra el medicamento de marca. Quizás no reciba esta notificación antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiren del mercado**
  - De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente porque se determinó que es inseguro o se lo retiró del mercado por otro motivo. De ser así, eliminaremos el medicamento de inmediato de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos el cambio de inmediato.
  - Su proveedor también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Es posible que una vez que el año haya comenzado, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando. Por ejemplo, quizás agreguemos un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiemos el nivel de costo compartido o agreguemos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. Quizás también hagamos cambios en función de los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle el cambio con una anticipación de al menos 30 días o notificarle el cambio y darle una reposición para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
  - Una vez que reciba la notificación del cambio, debe consultar a su proveedor para cambiar por otro medicamento que cubramos.

- O bien, usted o su proveedor pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

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

- Si establecemos una nueva restricción para su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

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

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

Además, por ley, los planes de medicamentos de Medicare no cubren estas categorías de medicamentos. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted mediante su cobertura de medicamentos de Medicaid. Para obtener más información sobre si alguna de las categorías de medicamentos que se indican a continuación está cubierta por Medicaid, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid). Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se usan para aumentar la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de un resfrío o la tos
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para aumentar el crecimiento capilar
- Productos minerales y vitaminas con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor

- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, el adelgazamiento o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios respecto de los cuales el fabricante procura imponer como condición de venta que se le deben comprar exclusivamente las pruebas o los servicios de monitoreo asociados

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

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

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

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

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

Si no tiene a mano la tarjeta de membresía del plan cuando le despachen el medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando lo retire**. (Luego, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedir un reembolso al plan).

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

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

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

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

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

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

¿Qué sucede si usted vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y se incorpora como miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para un máximo de 31 días, o menos si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez que lo despache, para evitar desperdiciar). Si usted es miembro del plan desde hace más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de

medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción sobre la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos si la receta indica menos días.

Durante el plazo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando este suministro se acabe. Tal vez, el plan cubra otro medicamento que tenga la misma eficacia en su caso. O usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en su caso y que cubra el medicamento como usted espera. Si usted y su proveedor quieren pedir una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9, se les indica qué deben hacer.

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

¿Tiene usted actualmente otra cobertura de medicamentos con receta a través de un seguro colectivo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge)? Si la respuesta es afirmativa, comuníquese con el **administrador de beneficios de ese seguro colectivo**. Esta persona puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

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

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

Conserve estas notificaciones sobre la cobertura acreditable, porque es posible que las necesite en el futuro. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluya cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estas notificaciones para demostrar que usted mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió una notificación sobre cobertura acreditable de su plan colectivo de jubilados o de su empleador, puede obtener una copia a través de su administrador de beneficios del plan de jubilados o del empleador, o a través del empleador o el sindicato.

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

Los medicamentos nunca están cubiertos por un centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento contra el dolor o un ansiolítico que no está cubierto por su centro para enfermos terminales porque no está vinculado con su enfermedad terminal ni afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que recete el medicamento o de su proveedor del centro para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que nuestro plan deba cubrir, puede pedirle a su proveedor del centro para enfermos terminales o al profesional que le recete el medicamento que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a una farmacia que despache su medicamento con receta.

En el caso de que usted revoque su elección del centro para enfermos terminales o de que se le dé el alta de dicho centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio del centro para enfermos terminales de Medicare, debe llevar documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que incluyen información sobre las reglas para recibir cobertura de medicamentos en virtud de la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*), se brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

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

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros a fin de ayudar a asegurar que estén recibiendo un cuidado adecuado y seguro. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta sus medicamentos.

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

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

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

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

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

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

Si creemos que se le deben aplicar una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse en su caso. Usted también tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de haberle dado la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que existe el riesgo de que use indebidamente el medicamento con receta o no está de acuerdo con la limitación, usted y su proveedor pueden solicitarnos una apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le brindaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique en su caso si tiene determinadas afecciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica, si se está atendiendo en un centro para enfermos terminales, recibiendo cuidados paliativos o atención para enfermos terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, podrían reunir los requisitos para recibir servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar sus medicamentos, de sus costos y de cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta sin receta. Recibirá un resumen escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción para medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos al máximo, con espacio para tomar notas o escribir las preguntas de seguimiento que necesite hacer. También recibirá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué motivo. Además, los miembros que formen parte de un programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Le recomendamos que realice su revisión de medicamentos antes de su visita “de bienestar” anual para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. También lleve su lista de medicamentos (con su identificación, por ejemplo) si visita un hospital o una sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa automáticamente y le enviaremos información. Si decide no participar, debe notificarlo y le retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 92
Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos ... 92
Sección 1.2 Tipos de costos de desembolso que usted podría pagar por los medicamentos cubiertos ... 92
SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la "etapa en el pago de medicamentos" en la que se encuentre al recibir el medicamento ... 93
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas en el pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan? ... 93
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 94
Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado Explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D") ... 94
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos ... 94
SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos ... 95
Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos ... 95
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos, y usted paga la suya ... 95
Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo despache ... 95
Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos para un suministro para *un mes* de un medicamento ... 95
Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro para todo un mes ... 96
Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro *a largo plazo* para (90 días) de un medicamento ... 97
Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los $4,430 ... 97
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos ... 98
Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los $7,050 ... 98
Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso de medicamentos con receta ... 98
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura de gastos excedentes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos ... 100
Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura de gastos excedentes, permanecerá en esta etapa durante el resto del año ... 100
SECCIÓN 8 Lo que usted paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde se las administren ... 100
Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de aplicarle la vacuna ... 100
Sección 8.2 Le recomendamos llamar a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna ... 101

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe conocer los aspectos básicos de cuáles son los medicamentos cubiertos, dónde se despachan sus medicamentos con receta y qué reglas seguir cuando obtiene medicamentos cubiertos. Los siguientes son materiales que explican estos aspectos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para facilitar la explicación, nos referimos a ella como "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le indica cuáles son los medicamentos cubiertos para usted.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en www.cignamedicare.com. La Lista de medicamentos que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
- **El Capítulo 5 de este cuadernillo.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta, que incluyen las reglas que debe seguir cuando recibe medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- **El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). El *Directorio de proveedores y farmacias* tiene una lista de las farmacias incluidas en la red del plan. También le indica cuáles son las farmacias de nuestra red que pueden brindarle un suministro de medicamentos a largo plazo (por ejemplo, despacharle un medicamento con receta para un suministro de tres meses).

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

Para entender la información de pagos que incluimos en este capítulo, deberá conocer los tipos de costos de desembolso que podría pagar por sus servicios cubiertos. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido", y se le puede pedir que pague de tres formas.

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

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

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

Según se muestra en la tabla incluida a continuación, existen diversas "etapas en el pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare proporcionada por nuestro plan. La cantidad que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento del despacho o la reposición de un medicamento con receta. Recuerde que siempre tendrá la obligación de pagar la prima mensual del plan, independientemente de la etapa en el pago de medicamentos en que se encuentre.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa de interrupción de cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura de gastos excedentes*
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos. Usted permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos ($480 es la cantidad de su deducible). Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, su deducible será de $0 o de $99, dependiendo del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. (Consulte el documento enviado por separado, llamado "Cláusula adicional LIS", para conocer su deducible). *Si su deducible es $0:* Esta etapa de pago no se aplica a usted. *Si su deducible es $99:* **Usted paga el costo total** de sus medicamentos hasta que haya pagado $99 por sus medicamentos. (Puede encontrar más detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga la suya. Usted permanecerá en esta etapa hasta que los **"costos totales de sus medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de cualquier plan de la Parte D) asciendan a un total de $4,430. (Puede encontrar más detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte del cargo por el despacho) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus **"costos de desembolso"** (sus pagos) del año hasta la fecha asciendan a un total de $7,050. Medicare ha establecido esta cantidad y las normas para contabilizar los costos hasta alcanzar esta cantidad. (Puede encontrar más detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Puede encontrar más detalles en la **Sección 7** de este capítulo).

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

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

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

- Hacemos un seguimiento de cuánto pagó. Esto se llama costo "**de desembolso**".
- Hacemos un seguimiento de los "**costos totales de sus medicamentos**". Esta es la cantidad de desembolso que pagan usted u otros en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan preparará un resumen escrito llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* (a veces denominada "EOB de la Parte D") cuando se le hayan despachado uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. 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. La EOB de la Parte D incluye:

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

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

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando le despachen un medicamento con receta.** Para asegurarse de que tengamos información sobre los medicamentos con receta que le están despachando y lo que usted está pagando, muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que le despachen un medicamento con receta.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que usted pague por medicamentos con receta y no recibamos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus costos de desembolso. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso, puede darnos copias de recibos de medicamentos que haya comprado. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede pedirle al plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este cuadernillo). A continuación, enumeramos algunos tipos de situaciones en que puede ser conveniente que nos proporcione copias de los recibos de sus medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que usted gastó en ellos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
  - Cuando hizo un copago por medicamentos que se brindan en virtud de un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.
  - En cualquier ocasión en que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que haya pagado el precio total por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan hecho por usted.** Los pagos realizados por algunas otras personas y organizaciones determinadas también se computan para sus costos de desembolso y le ayudan a reunir los requisitos para la cobertura de gastos excedentes. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se computan para sus costos de desembolso. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarlo para que podamos hace un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviemos.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que en el informe falta algo o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

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

Sección 4.1 Usted permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado $480 por sus medicamentos

La mayoría de nuestros miembros obtiene “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, por lo que la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si usted recibe “Ayuda Extra”, el monto de su deducible depende del nivel de “Ayuda Extra” que usted reciba; podrá:

- No pagar el deducible
- –o bien– Pagar un deducible de $99.

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

Si no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando le despachan su primer medicamento con receta del año. Cuando esté en esta etapa de pago, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance la cantidad del deducible del plan, que es de $480 para 2022.

- Su **“costo total”** suele ser menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos.
- El **“deducible”** es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos con receta de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado $480 por sus medicamentos, saldrá de la Etapa de deducible y pasará a la siguiente etapa de pago, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista que esté en nuestra red del plan
- Una farmacia que no está en la red del plan
- La farmacia de pedido por correo del plan

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

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

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

- **"Copago"** significa que usted paga una cantidad fija cada vez que se le despacha un medicamento con receta.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que se le despacha un medicamento con receta.

Según se muestra en la tabla incluida a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que esté su medicamento. Tenga en cuenta que:

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad del copago incluida en el cuadro, usted pagará ese precio menor por el medicamento. Pagará el precio completo del medicamento, *o bien* la cantidad del copago, *la cifra que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red en situaciones limitadas únicamente. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre los casos en que cubriremos un medicamento con receta despachado en una farmacia fuera de la red.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto por la Parte D:

Nivel	**Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red)** (suministro para un máximo de 30 días)	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro para un máximo de 30 días)	**Costo compartido de cuidados a largo plazo (LTC)** (suministro para un máximo de 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro para un máximo de 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Todos los medicamentos del Formulario)	25% o	25% o	25% o	25% o
	$0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos)	$0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos)	$0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos)	$0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos)
	$0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos	$0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos	$0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos	$0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda Adicional".

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

Habitualmente, la cantidad que usted paga por un medicamento con receta cubre un suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. En algunas ocasiones, puede ser conveniente consultar a su médico sobre la posibilidad de que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando se prueba por primera vez un medicamento que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro para un mes completo para determinados medicamentos.

La cantidad que pagará cuando reciba un suministro para menos de un mes dependerá de si tiene la responsabilidad de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad fija en dólares).

- Si usted debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Pagará el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, dado

que el costo completo del medicamento será menor si compra un suministro para menos de un mes, la *cantidad* que pagará será menor.

- Si usted debe pagar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que pague por día por su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
  - Por ejemplo: Supongamos que el copago de su medicamento para un suministro para un mes completo (un suministro para 30 días) es de $30. Esto significa que la cantidad que pagará por día por su medicamento será de $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, lo cual representa un pago total de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le resulte eficaz antes de tener que pagar un suministro para todo un mes. También puede pedirles a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, un suministro para menos de un mes completo de uno o más medicamentos, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de reposición para diferentes medicamentos con receta, de modo que pueda ir menos veces a la farmacia. La cantidad que pagará dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos para un suministro *a largo plazo* para (90 días) de un medicamento

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (para 90 días) de un medicamento.

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

Nivel	Opción estándar de costo compartido minorista (dentro de la red) (suministro para 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Todos los medicamentos del Formulario)	25% o $0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos) $0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos	25% o $0/$1.35/$3.95/15%* por los genéricos (incluidos los medicamentos que se traten como genéricos) $0/$4.00/$9.85/15%* por todos los demás medicamentos

* El costo compartido se basa en su nivel de "Ayuda Adicional".

Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos para el año alcancen los $4,430

Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cantidad total de los medicamentos con receta que le despacharon y repusieron alcance el **límite de $4,430 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total de sus medicamentos se calcula sumando lo que pagó usted y lo que pagó cualquier plan de la Parte D:

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que recibió desde que comenzó con su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus costos de desembolso). Esto incluye:
  - El monto total que pagó usted cuando estaba en la Etapa de deducible, que es de $0 o de $480.
  - El total que pagó como su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial

- **Lo que el plan pagó** como su parte del costo de los medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si estuvo inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento de 2022, la cantidad que ese plan pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se computa para los costos totales de sus medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto gastaron usted y el plan, así como terceros, en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $4,430 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad de $4,430. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de interrupción de cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de interrupción de cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanecerá en la Etapa de interrupción de cobertura hasta que sus costos de desembolso alcancen los $7,050

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

Si no recibe "Ayuda Adicional", la Etapa de interrupción de cobertura es la tercera etapa de pago para su cobertura de medicamentos.

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

También recibirá algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad pagada por el plan (el 75%) no se computa para sus costos de desembolso. Solo la cantidad que usted pague se computa y le permite salir de la Etapa de interrupción de cobertura.

Usted sigue pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y una cantidad que no supere el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que sus pagos de desembolso anuales alcancen una cantidad máxima que Medicare estableció. En 2022, esa cantidad es de $7,050.

Medicare tiene reglas sobre lo que se computa y lo que *no* se computa como costos de desembolso para usted. Cuando alcanza un límite de desembolso de $7,050, usted deja de estar en la Etapa de interrupción de cobertura y pasa a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso de medicamentos con receta

A continuación, se incluyen las reglas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de sus costos de desembolso de medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de desembolso

Al sumar sus costos de desembolso, **usted puede incluir** los pagos consignados debajo (siempre que sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este cuadernillo):

- La cantidad que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas en el pago de medicamentos:
  - La Etapa de deducible

- La Etapa de cobertura inicial
- La Etapa de interrupción de cobertura

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

Quién paga es importante:

- Si **usted mismo** hace estos pagos, estos están incluidos en sus costos de desembolso.
- Estos pagos *también están incluidos* si **otras personas u organizaciones determinadas** hacen los pagos en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos que haya hecho un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones benéficas, Programas de Asistencia para Medicamentos para el SIDA, un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica calificado por Medicare o el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Paso a la Etapa de cobertura de gastos excedentes:

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) haya(n) gastado un total de $7,050 en costos de desembolso en el año calendario, pasará de la Etapa de interrupción de cobertura a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.

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

Al sumar sus costos de desembolso, **<u>no tiene permitido incluir</u>** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos con receta:

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

Recordatorio: Si alguna otra organización como las mencionadas paga sus costos de desembolso de medicamentos, en todo o en parte, usted debe comunicárselo a nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El resumen *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos de desembolso (la Sección 3 de este capítulo se refiere a este informe). Cuando

sus costos de desembolso del año alcancen un total de $7,050, este informe le indicará que salió de la Etapa de interrupción de cobertura y pasó a la Etapa de cobertura de gastos excedentes.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se indica lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura de gastos excedentes, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura de gastos excedentes, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes cuando sus costos de desembolso alcanzan el límite de $7,050 para el año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura de gastos excedentes, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, sus costos para medicamentos cubiertos dependerán del nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será de:

- $0; *o*
- Un coseguro o un copago, el monto más *elevado*:
  - *–o bien–* un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - *–o bien–* $3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y $9.85 por todos los demás medicamentos.
  - **Nuestro plan paga el resto** del costo

Consulte el documento enviado por separado ("Cláusula adicional LIS") para obtener más información acerca de sus costos durante la Etapa de cobertura de gastos excedentes.

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

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura por separado para el medicamento de la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de aplicarle la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para algunas vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios de Medicare que se encuentra en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **aplicarle la vacuna**. (A veces, esto se llama la "administración" de la vacuna).

¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se le vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que se cubre y lo que usted paga)*.
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **El lugar donde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le aplica la vacuna.**

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

- A veces, cuando le apliquen la vacuna, deberá pagar el costo total del medicamento de la vacuna y de la administración. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento de la vacuna o se la administren, solo pagará su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona este sistema, a continuación, se proporcionan tres formas comunes en que usted podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluso su administración) durante la Etapa de deducible y la Etapa de interrupción de cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplican en la farmacia de la red. (Esta opción estará disponible según el lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna y el costo de la administración.
- Nuestro plan paga el resto del costo.

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le devolvamos nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (que incluye la administración) menos cualquier diferencia entre la cantidad que el médico cobre y lo que paguemos normalmente. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Tendrá que pagarle a la farmacia la cantidad de su coseguro o copago por la vacuna.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que le devolvamos nuestra parte del costo siguiendo los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este cuadernillo.
- Se le reembolsará el monto cargado por el doctor por administrarle la vacuna.

Sección 8.2 Le recomendamos llamar a Servicio al Cliente antes de recibir una vacuna

Las reglas de cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarle. Cuando esté pensando en aplicarse una vacuna, le recomendamos que llame primero a Servicio al Cliente. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

- Podemos decirle cuál es la cobertura de nuestro plan para la vacuna y explicarle su parte del costo.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos informarle lo que debe hacer para que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos 104

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que le devolvamos el dinero 104

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió 105

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago 105

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y daremos una respuesta afirmativa o negativa 106

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento, y cuánto adeudamos 106

Sección 3.2 Si le indicamos que no pagaremos la totalidad o una parte del medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 106

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias 107

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de desembolso de medicamentos 107

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

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede pedirnos que le devolvamos el dinero

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

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

Si ya ha pagado por un servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva lo que pagó (la devolución de un pago suele llamarse "reembolso"). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando usted pagó una parte mayor a la que le corresponde del costo de servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan. Cuando nos mande una factura que ya ha pagado, analizaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le devolveremos lo que pagó por los servicios o medicamentos.

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

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red del plan**
   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que este sea parte de nuestra red o no. Cuando recibe servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no es parte de nuestra red, debería pedirle al proveedor que facture al plan.
   - Si paga la cantidad completa usted mismo en el momento en que reciba los servicios de cuidado de la salud, debe pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya hecho.
   - En ocasiones, es posible que reciba una factura del proveedor mediante la cual le pida un pago que usted piensa que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
     - Si se le adeuda un pago al proveedor, le pagaremos al proveedor directamente.
     - Si ya pagó una cantidad del costo del servicio mayor a la que le corresponde, determinaremos cuánto adeudaba y le devolveremos nuestra parte del costo.
2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted piensa que no debe pagar**
   Los proveedores de la red deberán facturar siempre al plan directamente. Pero, a veces, cometen errores y le piden que pague más que su parte del costo.
   - Usted solo debe pagar su cantidad del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores sumen otros cargos separados, lo que se llama "facturar el saldo". Esta protección (que usted nunca pague más que su cantidad de costo compartido) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa, y no pagamos determinados cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen por servicios cubiertos. Nosotros pagamos directamente a nuestros proveedores y le protegemos de cualquier gasto. Esto será así, incluso cuando le paguemos al proveedor menos de lo que él cobra por el servicio. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
   - Si recibe una factura de un proveedor de la red que piensa que es por una cantidad superior a la que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.

- Si ya le ha pagado una factura al proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura con la documentación del pago que ha realizado. Podría pedirnos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba en virtud del plan.

3. Si se le inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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

Si se le inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó costos de desembolso por alguno de sus medicamentos o servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le devolvamos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que nosotros gestionemos el reembolso. Comuníquese con Servicio al Cliente para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos dinero y sobre fechas límite para presentar su solicitud. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Si usted se dirige a una farmacia fuera de la red e intenta usar su tarjeta de membresía para que le despachen un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, tendrá que pagar el costo completo de su medicamento con receta. (Cubrimos medicamentos con receta despachados en farmacias fuera de la red en algunas situaciones especiales únicamente. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le devolvamos el dinero equivalente a nuestra parte del costo.

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

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

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

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

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

Cuando nos mande una solicitud de pago, analizaremos su solicitud y decidiremos si los servicios o medicamentos se deben cubrir. A esto se le llama tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos por nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se brinda más información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y a dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Le recomendamos que haga una copia de su factura y sus recibos para sus registros.

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

- No está obligado a usar el formulario, pero le ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.cigna.com/static/docs/medicare-2021/medical-reimbursementclaim-form.pdf) o llame a Servicio al Cliente para solicitar el formulario. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Para reclamos de la Parte C (servicios médicos)	**Para reclamos de la Parte D (medicamentos con receta)**
Cigna	Cigna
Attn: Direct Member Reimbursement, Medical Claims	Attn: Medicare Part D
P.O. Box 20002	P.O. Box 14718
Nashville, TN 37202	Lexington, KY 40512-4718

Debe enviarnos su reclamo dentro de los 12 meses para los servicios o artículos médicos, o dentro de los 3 años para los medicamentos con receta a partir de la fecha en que reciba el servicio, el artículo o el medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted siguió todas las reglas para obtenerlos, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no pagó el servicio o el medicamento, enviaremos el pago por correo directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus servicios médicos. El Capítulo 5 explica las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos con receta de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo del servicio o el medicamento. En lugar de eso, le enviaremos una carta en la cual se explicarán los motivos por los que no enviamos el pago que solicitó y sus derechos a apelar esa decisión.

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

Si piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con la cantidad que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener los detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelación es un proceso formal con fechas límite importantes y procedimientos detallados. Si es la primera vez que presenta una apelación, le resultará útil leer primero la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y define términos como “apelación”. Una vez que haya leído la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 en la cual se indica qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para que se le devuelva el dinero de un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para que se le devuelva el dinero de un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer el seguimiento de sus costos de desembolso de medicamentos

Hay algunas situaciones en las que debería informarnos los pagos que haya hecho por sus medicamentos. En estos casos, no estará pidiéndonos un pago, sino proporcionando información sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos de desembolso en forma correcta. Es posible que esto le ayude a reunir los requisitos para alcanzar la Etapa de cobertura de gastos excedentes con mayor rapidez.

A continuación, mencionamos una situación en la que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos de los pagos que haya hecho por sus medicamentos:

Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos que no está incluido en los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que pague un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos computar sus gastos de desembolso a fin de que usted reúna los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Dado que recibe su medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, nos permitirá calcular sus costos de desembolso correctamente, lo que puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura de gastos excedentes con mayor rapidez.

Dado que en el caso descrito anteriormente usted no está pidiendo un pago, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 110

Sección 1.1 Debemos proporcionarle la información de manera que la entienda bien (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)
We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.) 110

Sección 1.2 Debemos asegurar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 110

Sección 1.3 Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal 111

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos 112

Sección 1.5 Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado 113

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos decisiones que tomamos 114

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando sus derechos? 114

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 115

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 115

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 115

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

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

Para que le proporcionemos la información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Si tiene algún problema para recibir la información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja a través de nuestro departamento de Quejas de los Miembros (los números de teléfono están impresos en la información de contacto de Quejas respecto de la atención médica en la Sección 1 del Capítulo 2 de este cuadernillo). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta *Evidencia de cobertura* o en esta correspondencia, o puede comunicarse con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) para solicitar información adicional.

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

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Customer Service (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

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

Sección 1.2 Debemos asegurar que tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de cuidado primario (PCP) de la red del plan para que le proporcione sus servicios cubiertos y los coordine (en el Capítulo 3 se brinda una explicación más detallada). Llame a Servicio al Cliente para obtener información sobre los médicos que aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Usted también tiene derecho a consultar a un especialista en salud femenina (como un ginecólogo) y proveedores de salud del comportamiento sin una referencia.

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

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir citas y servicios cubiertos de los proveedores de la red del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas en forma oportuna cuando necesite esa atención.

Usted también tiene derecho a que se le despachen o repongan sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin demoras prolongadas.

Si piensa que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 de este cuadernillo, se le indica lo que puede hacer. (Si rechazamos la cobertura de su atención médica o sus medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9, se le indica lo que puede hacer).

Cigna evalúa tecnologías nuevas

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

Sección 1.3 Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal

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.

- La “información sobre la salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan y sus registros médicos, y otra información médica y vinculada con la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de la forma en que se usa su información sobre la salud. Le enviamos una notificación escrita, llamada “Notificación de prácticas de privacidad”, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información sobre la salud.

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

- Nos aseguramos de que las personas que no están autorizadas no puedan ver ni cambiar sus registros.
- En la mayoría de las situaciones, si le proporcionamos su información sobre la salud a una persona que no está brindándole cuidados ni pagando por sus cuidados, *tenemos la obligación de primero obtener su permiso escrito*. Usted o una persona que tenga la facultad legal de tomar decisiones por usted puede dar el permiso escrito.
- Hay determinadas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso escrito. La ley permite o exige que se realicen estas excepciones.
  - Por ejemplo, tenemos la obligación de divulgar información sobre la salud a agencias gubernamentales que estén verificando la calidad de la atención.
  - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de proporcionarle su información sobre la salud a Medicare, que incluye información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

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

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

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

Si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información sobre la salud personal, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le enviemos muchos tipos de información. (Según se explicó en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de manera que la entienda bien. Esto incluye obtener la información en idiomas que no sean inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También abarca información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de estrellas del plan, lo cual incluye la calificación que le dieron los miembros del plan y la comparación con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, que incluye las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene el derecho a que le enviemos información sobre la formación de los proveedores y sobre las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y farmacias incluidos en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener más información sobre los proveedores de Cigna (nombre, dirección, formación profesional, especialidad, facultad de medicina a la que asistieron, dónde realizaron su residencia y el estado de sus certificaciones), consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. La versión más actualizada de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* está disponible en nuestro sitio web en www.cignamedicare.com.
  - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web www.cignamedicare.com.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la usa.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, explicamos cuáles son los servicios médicos que usted tiene cubiertos, las restricciones a su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir sus servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican cuáles son los medicamentos cubiertos y le explican las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- **Información sobre el motivo por el cual algún concepto no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso o si su cobertura está restringida de alguna forma, puede pedirnos una explicación escrita. Usted tiene derecho a recibir esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.

- Si no está satisfecho o no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D que el plan cubre en su caso, tiene derecho a solicitarnos que modifiquemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si algún concepto no está cubierto en su caso como usted espera, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. Allí se proporcionan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se brinda información sobre cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- Si desea pedirle a nuestro plan que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica o un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este cuadernillo.

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

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

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

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

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a que se le comuniquen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente del costo o de si nuestro plan las cubre. También incluye recibir información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y a usar sus medicamentos en forma segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen los riesgos que implica recibir determinado servicio de cuidado de la salud. Si el tratamiento o la atención médica que se propone es parte de un experimento de investigación, se le debe informar por anticipado. Usted siempre tiene la opción de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir "no".** Usted tiene el derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a irse del hospital o de otro centro médico, incluso si su médico le recomienda que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde ya que, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar su medicamento, usted acepta plena responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.
- **Derecho a recibir una explicación si se le niega la cobertura del servicio de cuidado de la salud.** Usted tiene derecho a que le demos una explicación si un proveedor le negó un servicio de cuidado de la salud que usted considera que debe recibir. Para recibir esta explicación, deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este cuadernillo incluye información sobre cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que contenía, puede presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

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

Si tiene algún problema o inquietud en relación con sus servicios cubiertos o su cuidado, en el Capítulo 9 de este cuadernillo, se indica lo que debe hacer y se proporcionan detalles sobre cómo manejar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para hacer un seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura en su caso, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja. Sin importar lo que haga –pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja– **nosotros tenemos la obligación de tratarle en forma justa**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros presentaron contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

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

Si cree que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro asunto?

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

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O **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.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico**. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones en Medicare". (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

A continuación, se enumera lo que usted debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Estamos para servirle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este cuadernillo de *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre los beneficios que están cubiertos para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos, que incluye lo que se cubre, lo que no, las reglas que se deben seguir y lo que usted paga.
  - En los Capítulos 5 y 6, se brindan detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos con receta además de nuestro plan, tiene la obligación de informarlo.** Llame a Servicio al Cliente para informarlo (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
  - Tenemos la obligación de seguir reglas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que esté usando toda su cobertura en forma combinada cuando recibe los servicios cubiertos a través de nuestro plan. Esto se llama **"coordinación de beneficios"** porque implica coordinar los beneficios de salud y para medicamentos que usted obtiene a través de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y para medicamentos que usted tenga disponible. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de cuidado de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y otros proveedores dándoles información, haciéndoles preguntas y siguiendo las indicaciones que le den como parte de su cuidado.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de servicios de salud a brindarle el mejor cuidado, obtenga toda la información posible acerca de sus problemas de salud y deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos estén informados sobre todos los medicamentos que esté tomando, incluso los medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna inquietud, no dude en preguntar. Se supone que sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deben darle explicaciones que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una forma que ayude a un buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Para reunir los requisitos para participar en nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (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 nuestro plan. Si la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) no paga sus primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando los recibe. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se le informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
  - Si compra medicamentos o recibe servicios médicos que no están cubiertos por nuestro plan u otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o un medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según se informa en su declaración de impuestos), debe pagarla directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si se va a mudar, es importante que nos lo informe sin demora. Llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se indica nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si el lugar adonde se mudará está fuera de nuestra área de servicio. Si dejará nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial durante el cual podrá inscribirse en cualquier plan de Medicare que esté disponible en su área nueva. Podemos informarle si tenemos un plan en su área nueva.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, igualmente debemos estar informados** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo contactarle.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda.** También le agradeceremos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios de atención telefónica de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, que incluye nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

SECCIÓN 1 Introducción ... 120
Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud ... 120
Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales? ... 120
SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros ... 120
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ... 120
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para resolver su problema? ... 121
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid? ... 121
PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE ... 122
SECCIÓN 4 Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicare ... 122
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas? ... 122
SECCIÓN 5 Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones ... 122
Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general ... 122
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando pide una decisión de cobertura o presenta una apelación ... 123
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo incluye detalles sobre su situación? ... 124
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 124
Sección 6.1 Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de su atención ... 124
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea) ... 125
Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) ... 127
Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2 ... 129
Sección 6.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica? ... 131
SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación ... 132
Sección 7.1 En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero de un medicamento de la Parte D ... 132
Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? ... 133
Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber antes de solicitar una excepción ... 134
Sección 7.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluso una excepción ... 134
Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan) ... 136

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ... 138

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si piensa que el médico le dará el alta demasiado pronto ... 140

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación escrita de Medicare en la que se informan sus derechos ... 140

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital ... 141

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital ... 143

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar una Apelación de Nivel 1? ... 143

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto ... 145

Sección 9.1 *Esta sección incluye información sobre tres servicios únicamente:* cuidado de la salud en el hogar, cuidados de centros de cuidados especiales y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) ... 145

Sección 9.2 Le diremos de antemano cuándo finalizará su cobertura ... 146

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo ... 146

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo ... 148

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar una Apelación de Nivel 1? ... 148

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores ... 150

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos ... 150

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D ... 151

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes ... 152

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas? ... 152

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “iniciar un procedimiento de queja formal” ... 153

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de quejas ... 154

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad ... 154

Sección 11.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja ... 155

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID ... 155

SECCIÓN 12 Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicaid ... 155

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo, se explican los procesos para manejar problemas e inquietudes. El proceso que lleva a cabo para gestionar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si quiere usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
2. El tipo de problema que tiene:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para asegurar que sus problemas se traten en forma justa y sin demoras, cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál debe usar? La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Sección 1.2 ¿Qué ocurre con los términos legales?

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

Para simplificar, en este capítulo se explican las reglas y los procedimientos legales usando palabras más simples en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, en general, en este capítulo se usa la expresión “presentar una queja” en lugar de “iniciar un procedimiento de queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También se usa la menor cantidad posible de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil –y a veces bastante importante– que usted conozca los términos legales correctos relacionados con la situación en la que se encuentra. Saber qué términos debe usar le ayudará a comunicarse en forma más clara y precisa cuando tenga un problema, y a obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, incluimos términos legales cuando explicamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no tienen relación con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede ser confuso iniciar o seguir hasta el final el proceso para resolver un problema. Esto puede ocurrir especialmente si usted no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero, en algunas situaciones, es posible que también quiera recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede comunicarse con su **Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)**. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debería seguir para manejar su problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre qué hacer.

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

También puede obtener ayuda e información a través de Medicare

Para obtener más información y ayuda sobre cómo manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, le indicamos dos formas para obtener información directamente a través de Medicare:

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

Puede obtener ayuda e información a través de Medicaid

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

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
TELÉFONO	1-512-424-6500 o 1-800-252-8263 El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
CORREO POSTAL	Texas Health and Human Services Commission, Brown-Heatly Building, 4900 N. Lamar Boulevard, Austin, TX 78751-2316
SITIO WEB	yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov/

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debería usar para resolver su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Como usted tiene Medicare y recibe asistencia de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), tiene diferentes procesos que puede usar para manejar su problema o su queja. El proceso que usted usa depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por Medicare, debería utilizar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), debe usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usará el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en diferentes partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, use el cuadro de debajo.

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud específicos, **COMIENCE AQUÍ**.

¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid?

(Si necesita ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con Servicio al Cliente. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Mi problema es sobre los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4: "Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicare"**.

Mi problema es sobre la cobertura de **Medicaid**.

Adelántese a la **Sección 12** de este capítulo: **"Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicaid"**.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

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

Para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

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

(Esto incluye problemas respecto de si determinada atención médica o determinados medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de atención médica o medicamentos con receta).

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

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

No. Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.

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

SECCIÓN 5 Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 5.1 Cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones trata problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, lo cual incluye problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se usa para cuestiones como, por ejemplo, si algún concepto está cubierto o no, y la forma en que está cubierto.

Cómo pedir decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Cuando decidimos qué se cubre y cuánto pagaremos, estamos tomando una decisión de cobertura. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) en su caso cuando usted recibe su atención médica o si le refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindar atención médica que usted piensa que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud se desestimará: si la solicitud está incompleta; si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no es una persona legalmente autorizada para hacerlo; o si usted pide retirar su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos una notificación para explicar el motivo de la desestimación y cómo pedir una revisión de la desestimación.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o un medicamento no están cubiertos, o que Medicare ya no los cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, y usted no está satisfecho con esta decisión, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo todas las reglas en forma apropiada. Los revisores que se ocupan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión original que no resultó favorable. Cuando hayamos completado la revisión, le informaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, usted puede solicitar una "decisión de cobertura rápida" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que una solicitud se desestimará: si la solicitud está incompleta; si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no es una persona legalmente autorizada para hacerlo; o si usted pide retirar su solicitud. Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos una notificación para explicar el motivo de la desestimación y cómo pedir una revisión de la desestimación.

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, en todo o en parte, puede continuar con una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 está a cargo de una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación.

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

¿Desea recibir ayuda? A continuación, le brindamos recursos que tal vez desee utilizar si decide pedir algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede **recibir ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.**
  - En el caso de atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se niega en el Nivel 1, se reenviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico debe estar designado como su representante.
  - En el caso de medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o de Nivel 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor debe estar designado como su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su "representante" a fin de pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si desea que un amigo, un familiar, su médico, otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) y pida el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Debe llevar su firma y la de la persona elegida para que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado o averiguar el nombre de un abogado en la asociación de abogados de su localidad u otro servicio de referencias.

También hay grupos que le prestarán servicios legales en forma gratuita si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para pedir decisiones de cobertura ni para apelar una decisión.

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

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

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

Si no está seguro de qué sección debería usar, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede obtener ayuda o información a través de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (la Sección 3 del Capítulo 2 de este cuadernillo incluye los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

? ¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no la leyó, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 6.1 Esta sección indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de su atención

Esta sección trata sobre sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez "atención médica o tratamiento o servicios". El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos de qué modo las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que nuestro plan la cubre.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea darle, y usted cree que nuestro plan la cubre.
3. Recibió atención médica que cree que el plan debe cubrir, pero le informamos que no se pagará esta atención.
4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debe cubrir, y quiere pedirle al plan que le reembolse esta atención.
5. Se le informa que se reducirá o se interrumpirá la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que anteriormente aprobamos, y usted cree que reducirla o interrumpirla podría ocasionar un daño a su salud.

- NOTA: **Si la cobertura que se interrumpirá es de servicios de atención hospitalaria, de cuidado de la salud en el hogar, de un centro de cuidados especiales o de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF)**, deberá leer una sección aparte de este capítulo porque se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidados. En esas situaciones, debe consultar lo siguiente:

- Sección 8 de este capítulo: *Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si piensa que el médico le dará el alta demasiado pronto.*
- Sección 9 de este capítulo: *Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.* Esta sección incluye información sobre tres servicios únicamente: servicios de cuidado de la salud en el hogar, de un centro de cuidados especiales y de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF).

- Para *todas las demás* situaciones que implican que se le informe que la atención médica que ha estado recibiendo se interrumpirá, use esta sección (Sección 6) como guía para lo que debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para su caso. Consulte la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 6.2**.
Si ya le comunicamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico como usted espera.	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa pedirnos que reconsideremos la cuestión). Adelántese a la **Sección 6.3** de este capítulo.
Si desea pedirnos que le devolvamos dinero por atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Adelántese a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura (cómo pedirle a nuestro plan que autorice o proporcione la cobertura de atención médica que usted desea)

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

<u>Paso 1:</u> Usted le pide a nuestro plan que tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Generalmente, usamos las fechas límite estándares para informar nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándares", a menos que hayamos aceptado usar las "rápidas". **Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud corresponde a un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.

- Si solicitó **un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar una

queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su situación de salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos dentro de las 24 horas.**
  - **Si solicita un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más** si consideramos que falta información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si pide cobertura de atención médica *que todavía no recibió*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándares podría *ocasionar un perjuicio grave para su salud o afectar su capacidad de hacer uso de sus facultades*.
- **Si su médico nos informa que su situación de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos su pedido de una decisión de cobertura rápida.**
- Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros determinaremos si su situación de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y usaremos las fechas límite estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta también se indicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra determinación de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura "rápida"

- Generalmente, en el caso de una decisión de cobertura rápida correspondiente a un artículo o servicio médico, responderemos **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **dentro de las 24 horas**.
  - Según se explicó anteriormente, podemos tardar hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- Si no le respondemos dentro de las 72 horas (o, si se extiende el plazo, al final del nuevo plazo), o dentro de las 24 horas si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación, se le indica cómo presentar una apelación.

- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una explicación escrita en la que se detallará el motivo de nuestro rechazo.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar"

- Generalmente, en el caso de una decisión de cobertura estándar correspondiente a un artículo o servicio médico, responderemos **dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud.
  - Para una solicitud correspondiente a un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más ("un plazo extendido") en determinadas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si usted cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le respondemos dentro de los 14 días calendario (o, si se extiende el plazo, al final del nuevo plazo), o dentro de las 72 horas si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la Sección 6.3 a continuación, se le indica cómo presentar una apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicará el motivo de nuestro rechazo.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si le damos una respuesta negativa, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos –y tal vez cambiemos– esta decisión mediante una apelación. Presentar una apelación significa intentar nuevamente obtener la cobertura de atención médica que desea.
- Si decide presentar una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se llama **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una **"apelación rápida"**.

Qué debe hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico u otro representante debe comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de su atención médica*.
- **Si pide una apelación estándar, preséntela por escrito enviando una solicitud.**
  - Si alguien está apelando nuestra decisión en su nombre, y esa persona no es su médico, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de representante que la autorice a representarle. (Para obtener el formulario, llame a Servicio al Cliente [los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo] y pida el

formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión respecto de su apelación), su solicitud de apelación se desestimará. Si esto sucede, le enviaremos una notificación escrita en la que se explicará su derecho a pedir a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **Si pide una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de su atención médica).*
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** desde la fecha que aparezca en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no apela antes de esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifique, explique el motivo de la demora cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos para no apelar antes de la fecha límite pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que nosotros hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su situación de salud lo requiere, pida una "apelación rápida" (puede llamarnos para pedirla).

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama **"reconsideración acelerada"**.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre cobertura de atención que todavía no recibió, usted y/o su médico deberán determinar si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para pedir una "apelación rápida" son los mismos que para recibir una "decisión de cobertura rápida". Para pedir una apelación rápida, siga las instrucciones para pedir una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su situación de salud requiere una "apelación rápida", se la daremos.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

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

Fechas límite para una apelación "rápida"

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si demoramos más días), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una

Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le informamos sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Fechas límite para una apelación "estándar"

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta con respecto a una solicitud de un artículo o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación si está relacionada con la cobertura de servicios que todavía no recibió. Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no recibió, responderemos **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su situación de salud lo requiere.
- Sin embargo, si usted pide más tiempo, o si nosotros necesitamos recopilar más información que pudiera beneficiarle, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico. Si decidimos que necesitamos más días para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si usted cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de demorar más días. Si presenta una queja rápida, responderemos a su queja dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo aplicable detallado anteriormente (o al finalizar el plazo extendido si demoramos más días en relación con una solicitud de un artículo o servicio médico), tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. En este nivel, una Organización de Revisión Independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de los 30 días calendario si solicita un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su apelación, en todo o en parte, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Esto significa que su apelación pasará al siguiente nivel del proceso de apelación, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión respecto de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama "expediente del caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haberla recibido.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si tuvo una apelación estándar ante nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de haberla recibido.
- Si su solicitud corresponde a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de haberla recibido.
- Si su solicitud corresponde a un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos:
  - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas,** o
  - prestar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de **solicitudes estándares** o
  - prestar el servicio **dentro de las 72 horas** de la fecha en que el plan reciba la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare,** debemos:
  - autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de **solicitudes estándares** o
  - **dentro de las 24 horas** de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de **solicitudes aceleradas**.

- **Si esta organización rechaza su apelación, en todo o en parte**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de ella) de cobertura de atención médica no se debe aprobar. (Esto se llama "ratificar la decisión". También se llama "denegar su apelación").
  - Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe alcanzar una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación escrita de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo averiguar cuál es la cantidad de dólares en disputa requerida para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.
- Si su Apelación de Nivel 2 se deniega y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Podrá encontrar los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que reciba después de su Apelación de Nivel 2.
- En la Apelación de Nivel 3 interviene un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado. La Sección 10 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

Si quiere pedirnos un pago por atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que deba pedir un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos documentación para pedirnos el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía documentación para pedirnos un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*). También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este cuadernillo: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que pagó está cubierta, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago por su atención médica dentro de los 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. En cambio, si no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Nuestro envío del pago equivale a decir que *sí* a su solicitud de una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta en la que se informará que no pagaremos los servicios, y se indicarán los motivos del rechazo en detalle. (Nuestro rechazo de su solicitud de pago equivale a decir que *no* a su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si usted pide un pago, y nosotros le respondemos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para recibir un reembolso, debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos pide que le devolvamos el dinero de atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no se le permite pedir una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 5 de este capítulo (*Guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no la leyó, le recomendamos que la lea antes de comenzar esta sección.

Sección 7.1 En esta sección, se le informa qué debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el dinero de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para que su medicamento esté cubierto, se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, generalmente usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener detalles sobre a qué nos referimos con “medicamentos de la Parte D”, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, reglas y restricciones sobre cobertura, e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones en relación con la Parte D

Según se mencionó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que nosotros tomamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **“determinación con respecto a la cobertura”**.

A continuación, brindamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos puede pedir que tomemos respecto de sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos pide que hagamos una excepción, que incluye:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como los límites a la cantidad del medicamento que puede obtener)
- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, si su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero se le exige obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le informa que su medicamento con receta no se puede despachar tal como se indica en la receta, la farmacia le proporcionará una notificación escrita en la que se le explicará cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.

- Usted nos pide que paguemos un medicamento con receta que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura respecto del pago.

Si no está de acuerdo con la decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. El siguiente cuadro le ayudará a determinar qué parte tiene información que corresponde a su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, o bien una excepción a una regla o restricción sobre un medicamento que cubramos.	Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
Si desea que cubramos un medicamento que está en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con las reglas o restricciones del plan (como obtener aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Adelántese a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si quiere pedirnos que le devolvamos dinero por un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede pedirnos que le devolvamos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Adelántese a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento como usted espera.	Puede presentar una apelación. (Esto significa pedirnos que reconsideremos la cuestión). Adelántese a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted espera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. En forma similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando usted pide una excepción, su médico u otro proveedor deberá explicar los motivos médicos por los que usted necesita que se apruebe la excepción. Entonces, consideraremos su solicitud. A continuación, se brindan dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro proveedor pueden pedirnos:

1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. (Nos referimos a ella como “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Pedir que se cubra un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, a veces, se llama pedir una **“excepción al Formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar la cantidad del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede pedir una excepción a la cantidad del copago o coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción respecto de nuestra cobertura de un medicamento cubierto. Otras reglas o restricciones se aplican a determinados medicamentos incluidos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir que se elimine una restricción respecto de la cobertura de un medicamento, a veces, se llama pedir una **“excepción al Formulario”**.

- Las otras reglas o restricciones sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen:

- *Que se le pida que use la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
- *Obtener aprobación del plan por anticipado* antes de que aceptemos cubrir su medicamento. (En ocasiones, esto se llama "autorización previa").
- *Que se le pida que pruebe otro medicamento en primer lugar* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está pidiendo. (A veces, esto se llama "tratamiento escalonado").
- *Límites a la cantidad*. Para determinados medicamentos, hay restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber antes de solicitar una excepción

Su médico debe indicarnos los motivos médicos

Su médico u otro proveedor debe darnos una declaración en la que se expliquen los motivos médicos por los que pide una excepción. Para que se tome una decisión con mayor rapidez, incluya esta información médica de su médico u otro proveedor cuando solicite la excepción.

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. A las distintas opciones se las llama medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que usted está solicitando y no ocasionaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, por lo general, nuestra aprobación tiene validez hasta el final del año del plan; siempre que su médico siga recetándole el medicamento y que ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 7.5 de este capítulo, se indica cómo presentar una apelación si rechazamos la solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, que incluye una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo pedir una decisión de cobertura, incluso una excepción

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre el/los medicamento(s) o el pago que necesita. Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión de cobertura rápida". No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró.**

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Primero, llámenos, escríbanos o envíenos un fax para hacer su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro proveedor) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Para conocer los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*. O si nos está pidiendo que le devolvamos el dinero de un medicamento, consulte la sección llamada *Adónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que haya recibido*.
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. En la Sección 5.2 de este capítulo, se le indica cómo puede dar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. Un abogado también puede actuar en su nombre.
- **Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento,** primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que deba pedirnos un reembolso. También se indica cómo enviarnos los documentos para pedirnos que le devolvamos nuestra parte del costo de un medicamento que usted pagó.

- **Si pide una excepción, brinde la "declaración respaldatoria".** Su médico u otro proveedor debe darnos los motivos médicos que justifican la excepción relacionada con un medicamento que usted está solicitando. (A esto lo llamamos "declaración respaldatoria"). Su médico u otro proveedor puede enviarnos la declaración por fax o por correo. Su médico u otro proveedor también puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de una declaración escrita por fax o por correo, si es necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluso una presentada en el Formulario modelo para solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura que involucren medicamentos con receta también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, www.cigna.com/medicare/resources/2021-customer-forms.

Si su situación de salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se llama **"determinación acelerada con respecto a la cobertura"**.

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límite "estándares", a menos que hayamos aceptado usar las "rápidas". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si pide un *medicamento que todavía no recibió*. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si usar las fechas límite estándares podría *ocasionar un perjuicio grave para su salud o afectar su capacidad de hacer uso de sus facultades*.
- **Si su médico u otro proveedor nos informa que su situación de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos su pedido de una decisión de cobertura rápida.**
- Si pide una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro proveedor), nosotros determinaremos si su situación de salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no cumple con los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para comunicárselo (y usaremos las fechas límite estándares).
  - En esta carta se le informará que, si su médico u otro proveedor pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - En la carta también se indicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra determinación de tomar una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Allí se le indicará cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja dentro de las 24 horas de que la hayamos recibido. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura "rápida"

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda la solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos brindar la cobertura que aceptamos dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar" sobre un medicamento que todavía no recibió

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas después de recibir su solicitud. Si pide una excepción, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalda la solicitud. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura "estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, también tenemos la obligación de hacer el pago dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si la rechazamos, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos –y posiblemente cambiemos– la decisión que tomamos.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"nueva determinación"** del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su situación de salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una **"apelación rápida"**.

Qué debe hacer

- **Para comenzar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro proveedor) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web, por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*.

- **Si pide una apelación estándar, preséntela enviando una solicitud escrita.** También puede pedir una apelación llamándonos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si pide una apelación rápida, puede presentarla por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de sus medicamentos con receta de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud escrita,** incluso una presentada en el Formulario modelo para solicitud de determinación de cobertura de los CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- Las solicitudes de cobertura que involucren medicamentos con receta también pueden presentarse electrónicamente en nuestro sitio web, www.cigna.com/medicare/resources/2021-customer-forms.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** desde la fecha que aparezca en la notificación escrita que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no apela antes de esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifique, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de motivos válidos para no apelar antes de la fecha límite pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o que nosotros hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y agregar más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Podemos cobrarle un cargo por hacer copias y enviarle esta información.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro proveedor pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida".

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama **"nueva determinación acelerada"**.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre un medicamento que todavía no recibió, usted y su médico u otro proveedor deberán determinar si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para que se acepte su solicitud de "apelación rápida" son los mismos que para recibir una "decisión de cobertura rápida" que se incluyen en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

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

Fechas límite para una apelación "rápida"

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su situación de salud lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una apelación "estándar"

- Si estamos usando las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación por un medicamento que todavía no recibió. Le daremos nuestra decisión antes si

todavía no recibió el medicamento y su situación de salud requiere que lo hagamos. Si usted cree que su situación de salud lo requiere, debe pedir una apelación "rápida".
  - Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos con la mayor rapidez que requiera su situación de salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de devolverle el dinero por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo de nuestro rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si usted nos solicita una devolución de dinero por un medicamento que ya compró, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 14 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente. En la Sección 7.6 de este capítulo, nos referimos a esta organización de revisión y explicamos qué sucede en la Apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos su pedido, en todo o en parte**, también tenemos la obligación de hacer el pago dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si no aceptamos su pedido, en todo o en parte**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explique el motivo. También le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted elige si aceptará esta decisión o continuará presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (obtenga más información a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted elige si aceptará esta decisión o continuará presentando otra apelación. Si decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante o su médico u otro proveedor) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y pedirle una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe tener en cuenta y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tengamos sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama "expediente del caso". **Usted tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Podemos cobrarle un cargo por hacer copias y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente más información que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que eligió Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que nosotros le brindamos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán atentamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Fechas límite para una apelación "rápida" de Nivel 2

- Si su situación de salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta su "apelación rápida", esta organización debe responder su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde en forma afirmativa a lo que usted solicitó, en todo o en parte**, nosotros debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos que dicha organización aprobó **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Fechas límite para una apelación "estándar" de Nivel 2

- Si tiene una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe responder **dentro de los 7 días calendario** después de haberla recibido si corresponde a un medicamento que usted todavía no recibió. Si usted nos solicita una devolución de dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde en forma afirmativa a lo que usted solicitó, en todo o en parte:**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, nosotros debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** que dicha organización aprobó **dentro de las 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de devolverle el dinero de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "ratificar la decisión". También se llama "denegar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "ratifica la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que esté solicitando debe alcanzar una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que esté solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 es definitiva. La notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted elige si desea seguir adelante con su apelación.

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación).
- Si su Apelación de Nivel 2 se deniega y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelación, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, encontrará los detalles sobre cómo hacerlo en la notificación escrita que recibirá después de su segunda apelación.
- En la Apelación de Nivel 3 interviene un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado. La Sección 10 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que cubramos una estadía más prolongada en el hospital como paciente internado si piensa que el médico le dará el alta demasiado pronto

Cuando se le admite en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos sus servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención hospitalaria, que incluye las limitaciones que podría tener esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. También ayudarán a coordinar los cuidados que usted pueda necesitar después de dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama **"fecha de alta"**.
- Una vez que se decidió su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted piensa que se le pide que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada, y su solicitud se considerará. En esta sección se explica cómo pedirla.

Sección 8.1 Durante su estadía en el hospital como paciente internado, recibirá una notificación escrita de Medicare en la que se informan sus derechos

Durante su estadía en el hospital cubierta, recibirá una notificación escrita llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando se las admite en un hospital. Alguna persona del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) debe dársela dentro de los dos días después de que usted haya sido admitido. Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea esta notificación detenidamente y haga preguntas si no la entiende.** La notificación incluye información sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía en el hospital y después, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital y su derecho a saber quién pagará por ella.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención en el hospital.
- Su derecho a apelar la decisión de su alta si piensa que le darán el alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de pedir que se postergue su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (En la Sección 8.2, se indica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió y que comprende sus derechos.**

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación. (En la Sección 5.2 de este capítulo, se le indica cómo puede dar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma de la notificación demuestra *únicamente* que usted recibió la información sobre sus derechos. La notificación no indica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le dirán su fecha de alta). La firma de la notificación ***no* significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. **Conserve su copia** de la notificación para tener a mano la información respecto de cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada de su alta.

- Para consultar una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o 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. También puede ver la notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea pedir que cubramos sus servicios hospitalarios como paciente internado durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y seguir las fechas límite que corresponden a lo que usted debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta verifica si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se llama "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales del cuidado de la salud a quienes paga el Gobierno Federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que verifique la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare y ayude a mejorarla. Esto incluye la revisión de fechas de alta del hospital para personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de dejar el hospital y, **a más tardar, en la medianoche del día de su alta**. (Su "fecha de alta programada" es la fecha establecida para que usted deje el hospital).
  - Si usted cumple con esta fecha límite, se le permite quedarse en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar la estadía* mientras espera a recibir la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad respecto de su apelación.
  - Si *no* cumple con esta fecha límite y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que usted deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si no se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad respecto de su apelación antes de la fecha límite y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Pida una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización de Mejora de la Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le está pidiendo a la organización que use las fechas límite "rápidas" para una apelación en lugar de las fechas límite estándares.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se llama "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización de Mejora de la Calidad (nos referiremos a ellos como "revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es obligatorio que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les proporcionamos.
- A más tardar, al mediodía del día posterior al día en que los revisores informaron su apelación a nuestro plan, usted también recibirá una notificación escrita en la que se indicará su fecha de alta programada y se explicarán en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se llama "**Notificación de alta detallada**". Puede obtener un modelo de esta notificación llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo) o 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 ver un modelo de notificación en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: Dentro de las 24 horas después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará su respuesta respecto de su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización de revisión dice que *sí* a su apelación, **nosotros debemos seguir prestando sus servicios hospitalarios como paciente internado cubiertos durante el plazo en el que estos servicios sean médicamente necesarios**.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, está diciendo que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto sucede, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión dice que *no* a su apelación, y usted decide quedarse en el hospital, **es posible que usted deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización de Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si su Apelación de Nivel 1 se rechaza, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejora de la Calidad denegó su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejora de la Calidad denegó su apelación, *y* usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de su estadía después de su fecha de alta programada.

A continuación, se detallan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y pide otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad dijo que *no* a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión únicamente si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura por la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad decidirán respecto de su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión responde en forma afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad denegó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura por su atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde en forma negativa:

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomó respecto de su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Incluirá los detalles respecto de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, en el que interviene un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, puede elegir si desea aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.
- La Sección 10 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar una Apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos su apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad a fin de comenzar su primera apelación de su alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de irse del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada, lo que suceda primero). Si no se comunica con esta organización dentro de ese plazo, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares.

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos está pidiendo que le respondamos con las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite "estándares".

Paso 2: Nosotros hacemos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si sería médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada sería médicamente apropiada. También verificaremos si la decisión sobre el momento en que debería dejar el hospital fue justa y si siguió todas las reglas.
- En esta situación, usaremos las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite estándares para darle la respuesta respecto de esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estuvimos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta y continuaremos prestando sus servicios hospitalarios como paciente internado cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que estuvimos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios como paciente internado termina el día en que dijimos que terminaría la cobertura.
  - Si usted se quedó en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que usted deba pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, una Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Reenviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de haberle comunicado que rechazamos su primera apelación. (Si piensa que no estamos

cumpliendo con esta fecha límite o con otras, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. En la Sección 11 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán atentamente toda la información relacionada con su apelación de su alta del hospital.
- **Si esta organización dice que *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos seguir brindando la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios como paciente internado durante el tiempo en que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
  - La notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Incluirá los detalles respecto de cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, en la que interviene un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles en el proceso de apelación (lo que suma un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 9.1 *Esta sección incluye información sobre tres servicios únicamente:* cuidado de la salud en el hogar, cuidados de centros de cuidados especiales y servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF)

Esta sección incluye información sobre los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de cuidado de la salud en el hogar** que usted esté recibiendo.
- **Cuidados de enfermería especializados** que esté recibiendo en un centro de cuidados especiales. (Para obtener información sobre los requisitos para que un establecimiento se considere un "centro de cuidado especiales", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- **Cuidados de rehabilitación** que esté recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) aprobado por Medicare. Habitualmente, esto significa que usted está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de servicios de cuidado de la salud, usted tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de cuidados durante el tiempo en que se necesiten para diagnosticar o tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, que incluye su parte del costo y cualquier limitación a la

cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de servicios de cuidado de la salud en su caso, tenemos la obligación de comunicárselo por adelantado. Cuando su cobertura de esos cuidados termine, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de sus cuidados*.

Si piensa que finalizamos la cobertura de sus servicios de cuidado de la salud demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se le indica cómo pedir una apelación.

Sección 9.2 Le diremos de antemano cuándo finalizará su cobertura

1. **Usted recibe una notificación por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir sus servicios de cuidado de la salud, recibirá una notificación.

- La notificación escrita indica la fecha en la que dejaremos de cubrir los servicios de cuidado de la salud en su caso.
- La notificación escrita también indica lo que puede hacer si desea pedir a nuestro plan que cambie esta decisión respecto de cuándo terminar su cobertura y que la siga cubriendo durante un período más prolongado.

Términos legales
Cuando se le proporciona información sobre lo que puede hacer, en la notificación escrita se le indica cómo solicitar una **"apelación por vía rápida"**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto de cuándo interrumpir sus servicios de cuidado de la salud. (En la Sección 9.3, se indica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).
La notificación escrita también se llama "**Notificación de no cobertura de Medicare**".

2. **Se le pedirá que firme la notificación escrita para demostrar que la recibió.**

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme la notificación. (En la Sección 5.2, se le indica cómo puede dar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma de la notificación demuestra *únicamente* que usted recibió la información sobre cuándo se interrumpirá su cobertura. **La firma <u>no</u> significa que usted esté de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir los servicios de cuidado de la salud.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de empezar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y seguir las fechas límite que se aplican a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir fechas límite. (Si piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiar la decisión que tomó nuestro plan.

<u>Paso 1:</u> Presente su Apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejora de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros expertos del cuidado de la salud a quienes paga el gobierno federal. Estos expertos no son parte de nuestro plan. Verifican la calidad de la atención que recibieron las personas que tienen Medicare y revisan las decisiones del plan respecto de cuándo es el momento de interrumpir la cobertura de determinados tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo).

¿Qué debe pedir?

- Pida a esta organización una "apelación por vía rápida" (que haga una revisión independiente) respecto de si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad para comenzar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia de la Notificación de no cobertura de Medicare.
- Si no se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad respecto de su apelación antes de la fecha límite y todavía desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización de Mejora de la Calidad (nos referiremos a ellos como "revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es obligatorio que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcionó.
- Al final del día, los revisores nos informan su apelación, y usted también recibirá una notificación escrita nuestra en la que se detallarán los motivos para finalizar nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta notificación se llama "**Explicación detallada de denegación de cobertura**".

Paso 3: Dentro de las 24 horas después de haber recopilado toda la información que necesitan, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores dicen que *sí* a su apelación, **nosotros debemos seguir prestando sus servicios cubiertos durante el plazo en que sean médicamente necesarios**.
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores dicen que *no* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de estos servicios de cuidado de la salud en la fecha indicada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo los cuidados de la salud en el hogar, los cuidados de un centro de cuidados especiales o los servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de esta fecha en la que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo completo** de estos servicios de cuidado de la salud.

Paso 4: Si su Apelación de Nivel 1 se rechaza, usted decide si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que presente será el "Nivel 1" del proceso de apelación. Si los revisores dicen que *no* a su Apelación de Nivel 1 –y usted elige continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud después de que la cobertura por los cuidados haya terminado–, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra sus servicios de cuidado de la salud durante más tiempo

Si la Organización de Mejora de la Calidad denegó su apelación, y usted eligió continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud después de que la cobertura por los cuidados terminó, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización de Mejora de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó respecto de su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo completo de los cuidados de la salud en el hogar, los cuidados de un centro de cuidados especiales o los servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que terminaría su cobertura.

A continuación, se detallan los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Usted se comunica con la Organización de Mejora de la Calidad nuevamente y pide otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejora de la Calidad dijo que *no* a su Apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión únicamente si continuó recibiendo servicios de cuidado de la salud después de la fecha en que finalizó la cobertura de sus cuidados.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad volverán a analizar atentamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán respecto de su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** por los servicios de cuidado de la salud durante el tiempo en que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Esto significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- La notificación que recibirá le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Incluirá los detalles respecto de cómo pasar al siguiente nivel de apelación, en el que interviene un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles de apelación, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores deniegan su Apelación de Nivel 2, puede elegir si desea aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.
- La Sección 10 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si se le pasa la fecha límite para presentar una Apelación de Nivel 1?

Puede presentarnos su apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad a fin de comenzar su primera apelación (como máximo, dentro del plazo de un día o dos). Si no se comunica con esta organización dentro de ese plazo, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación *alternativa* de Nivel 1

Si se le pasa la fecha límite para contactar a la Organización de Mejora de la Calidad, puede presentarnos la apelación directamente a nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares.

A continuación, se detallan los pasos para una Apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pida una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación respecto de su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida".** Esto significa que nos está pidiendo que le respondamos con las fechas límite "rápidas" en lugar de las fechas límite "estándares".

Paso 2: Hacemos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, analizamos nuevamente toda la información sobre su caso. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estuvimos de acuerdo con usted en que necesita servicios durante más tiempo y continuaremos prestando sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que estuvimos de acuerdo en reembolsarle nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si siguió recibiendo cuidados de la salud en el hogar, cuidados de un centro de cuidados especiales o servicios de un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la fecha en que le indicamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo completo** de estos servicios de cuidado de la salud.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las reglas cuando rechazamos su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente"**. Esto significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de Apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos se debe cambiar.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente"**. A veces se la llama **"IRE"**, por sus siglas en inglés.

Paso 1: Reenviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de haberle comunicado que rechazamos su primera apelación. (Si piensa que no estamos cumpliendo con esta fecha límite o con otras, puede presentar una queja. El proceso de queja es diferente del proceso de apelación. En la Sección 11 de este capítulo, se indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para desempeñarse como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán atentamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización dice que *sí* a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de los servicios de cuidado de la salud que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir brindando cobertura por los servicios de cuidado de la salud durante el tiempo en que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones a la cobertura, estas podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o el tiempo que continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización dice que *no* a su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan respecto de su primera apelación y no la cambiará.
  - La notificación que recibirá de la Organización de Revisión Independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Incluirá los detalles respecto de cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2 hay otros tres niveles de apelación, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, puede elegir si desea aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un juez de derecho administrativo o un árbitro abogado.
- La Sección 10 de este capítulo incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y niveles superiores

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y las dos fueron denegadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el cual apeló alcanza determinados niveles mínimos, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede continuar la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente elevado, en la respuesta escrita que recibirá a su Apelación de Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una forma muy similar. A continuación, se brinda información sobre quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un árbitro abogado que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado acepta su apelación, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no***: Nosotros decidiremos si apelar esta decisión y pasar al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del juez de derecho administrativo o árbitro abogado.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Es posible que esperemos la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.

- **Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechaza su apelación, en la notificación que recibirá se le informará lo que debe hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de una Apelación de Nivel 3 que fue favorable para usted, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no***: Nosotros decidiremos si apelar esta decisión y pasar al Nivel 5. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico alcanza el valor requerido en dólares.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en la notificación que recibirá se le informará si las reglas le permiten seguir con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten seguir, en la notificación escrita también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer luego si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una de Nivel 2, y las dos fueron denegadas.

Si el valor del medicamento por el cual apeló alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es menor, no puede continuar la apelación. En la respuesta escrita que recibirá para su Apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que implican apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de una forma muy similar. A continuación, se brinda información sobre quién gestiona la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un árbitro abogado que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Lo que usted pedía en la apelación se aprobó. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado aprobó **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el árbitro abogado rechaza su apelación, en la notificación que recibirá se le informará lo que debe hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno Federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación se termina.** Lo que usted pedía en la apelación se aprobó. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que el Consejo aprobó **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación *puede* haber terminado o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación se termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, podría tener la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en la notificación que recibirá se le informará si las reglas le permiten seguir con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten seguir, en la notificación escrita también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer luego si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de distrito federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelación.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si su problema es sobre decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pagos, esta sección *no es para usted*. Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan a través del proceso de quejas?

Esta sección explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación, se brindan ejemplos de los tipos de problemas que se manejan a través del proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención que recibió (que incluye la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otras conductas negativas	• ¿Alguien fue grosero o irrespetuoso con usted? • ¿No está satisfecho con el trato que recibió por parte de nuestro Servicio al Cliente? • ¿Siente que le están alentando a dejar el plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o debe esperar demasiado para conseguirla? • ¿Hubo médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud que le hicieron esperar demasiado? ¿O nuestro Servicio al Cliente u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperas prolongadas cuando usted llama por teléfono, en salas de espera, cuando compra un medicamento con receta o en la sala de examinación.
Limpieza	• ¿No está satisfecho con la limpieza o las condiciones de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que nosotros le brindamos	• ¿Cree que no le enviamos una notificación que tenemos la obligación de enviarle? • ¿Piensa que la información escrita que le proporcionamos es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	El proceso para pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación, y piensa que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se brindan ejemplos: • Si nos pidió una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, y nosotros nos negamos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para informarle una decisión de cobertura o responder a una apelación, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura que tomamos se revisa y se nos comunica que debemos cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican fechas límite. Si piensa que no estamos cumpliendo con estas fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no le informamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos antes de la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “iniciar un procedimiento de queja formal”

Términos legales
• Lo que en esta sección se llama **“queja”**, también se llama **“queja formal”**. • Otro término para **“presentar una queja”** es **“iniciar un procedimiento de queja formal”**. • Otra forma de decir **“usar el proceso para quejas”** es **“usar el proceso para iniciar un procedimiento de queja formal”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentación de quejas

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato: llámenos o escríbanos.

- **Habitualmente, llamar a Servicio al Cliente es el primer paso.** Si hay algún otro requisito, Servicio al Cliente se lo informará. Llame al 1-800-668-3813 (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.
- **Si no desea llamar (o llamó y no está satisfecho), puede escribir su queja y enviarla.** Si presenta su queja por escrito, también se la responderemos por escrito.
- Envíe su **queja por escrito** a la siguiente dirección: Cigna, Attn: Medicare Grievance Dept., P.O. Box 188080, Chattanooga, TN 37422, o puede enviar su queja por correo electrónico a: Member.Grievances@cigna.com.
  En el caso de las quejas estándares recibidas por escrito, le responderemos por escrito dentro de los 30 días calendario de haber recibido su queja por escrito. Para las quejas aceleradas, debemos decidir y notificarle nuestra decisión dentro de las 24 horas (consulte la sección sobre quejas rápidas a continuación).
- **Ya sea que presente su queja por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** La queja se debe presentar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en que tuvo el problema por el que desea quejarse.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", seguiremos automáticamente el proceso de queja "rápida".** Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Términos legales
Lo que en esta sección se llama **"queja rápida"**, también se llama **"queja acelerada"**.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta en la misma llamada. Si su situación de salud requiere que le respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información, y la demora es para su beneficio, o si pide más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder su queja. Si decidimos demorar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja, en todo o en parte, o no nos hacemos responsables del problema por el cual se queja, se lo informaremos. En nuestra contestación, incluiremos los motivos para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención que recibió mediante el proceso paso a paso que se describió anteriormente.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja a la Organización de Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
  - La Organización de Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en cuidado de la salud a los que el Gobierno Federal paga para verificar y mejorar el cuidado brindado a pacientes de Medicare.
  - Para averiguar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolver su queja.

- **También puede presentar su queja a los dos al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención a nosotros y también a la Organización de Mejora de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.

Si tiene otros comentarios o inquietudes, o si considera que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS SOBRE SUS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Solucionar los problemas sobre los beneficios de Medicaid

Si tiene algún problema o inquietud en relación con sus beneficios o servicios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), en la Sección 2.1 de este capítulo encontrará la información de contacto de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid). Puede ponerse en contacto con ellos acerca de su queja o problema.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su membresía en el plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 158
Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan ... 158
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? ... 158
Sección 2.1 Es posible que usted pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid ... 158
Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual ... 159
Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage ... 159
Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial ... 160
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ... 160
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan? ... 161
Sección 3.1 Habitualmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose en otro plan ... 161
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 162
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan ... 162
SECCIÓN 5 Cigna debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones ... 162
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan? ... 162
Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud ... 163
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan ... 163

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en cómo finalizar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en nuestro plan puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no es su propia elección):

- Podría dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo.
  - Hay determinados momentos durante el año, o determinadas situaciones, en que puede finalizar su membresía en el plan voluntariamente. En la Sección 2, se indica cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La Sección 2 le explica los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
  - El proceso para finalizar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que esté eligiendo. En la Sección 3, se indica *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que usted no elige irse, pero nosotros tenemos la obligación de poner fin a su membresía. En la Sección 5, se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, deberá seguir recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Puede finalizar su membresía en nuestro plan únicamente durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, es posible que también pueda dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que usted pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare terminan su membresía únicamente durante determinados momentos del año. Como usted tiene la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiarse de plan una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especial:

- Desde enero hasta marzo.
- Desde abril hasta junio.
- Desde julio hasta septiembre.

Si se ha unido al plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar al siguiente período para finalizar su membresía o cambiarse de plan. No puede usar este Período de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre durante el Período de inscripción anual. La Sección 2.2 le proporciona más detalles acerca del Período de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
    - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta "acreditable" por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare).

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para conocer las opciones de planes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) (los números de teléfono están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este cuadernillo).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Habitualmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. La inscripción en su plan nuevo empezará también en ese día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual (también conocido como "Período de inscripción abierta anual"). Este es el momento en que debe revisar su cobertura de salud y de medicamentos, y tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** Este período se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
  - –*O bien*– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
    - **Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su plan nuevo el 1 de enero.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la posibilidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Este período se extiende del 1 de enero al 31 de marzo de cada año.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud de cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, es posible que sea elegible para poder dejar el plan en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién reúne los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, usted podría reunir los requisitos para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para consultar la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):
  - Habitualmente, si se mudó
  - Si tiene Medicaid a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid)
  - Si reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare
  - Si violamos nuestro contrato con usted
  - Si se atiende en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC)
  - Si se inscribe en el Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE, por sus siglas en inglés)
  - **Nota:** Si está participando en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 brinda más información acerca de los programas de gestión de medicamentos.

  Nota: La Sección 2.1 le da más detalles acerca del Período de inscripción especial para personas con Medicaid.
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted reúne los requisitos para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no los cubra).
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
  - –*O bien*– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.

    Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable por un período continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía para la Parte D si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Habitualmente, su membresía finalizará el primer día del mes posterior al mes en que se reciba su solicitud de cambio de plan.

Nota: La Sección 2.1 y la Sección 2.2 le dan más detalles acerca del período de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicio al Cliente** (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Puede encontrar información en el manual ***Medicare y usted 2022***.

- Todos los miembros de Medicare reciben una copia del manual *Medicare y usted 2022* cada 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 a través del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al número consignado debajo.

- Puede comunicarse con **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.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Habitualmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose en otro plan

Normalmente, para terminar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiar nuestro plan por Original Medicare sin haber seleccionado un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe pedir que cancelemos su inscripción en nuestro plan. Hay dos formas de pedir que se cancele su inscripción:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- *–o bien–* Puede comunicarse con Medicare 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.

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar nuestro plan por:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado. o Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática. o Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y se queda sin una cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). • También puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en nuestro plan se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid) al 1-512-424-6500 o 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m. Pregunte de qué modo inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la manera en que recibe su cobertura de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase un tiempo hasta que su membresía finalice y su nueva cobertura de Medicare entre en vigor. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para que le despachen sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Habitualmente, sus medicamentos con receta únicamente están cubiertos si se despachan en una farmacia de la red, que incluye los servicios de nuestra farmacia de pedido por correo.
- **Si le hospitalizan el día en que finalice su membresía, habitualmente, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Cigna debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Cigna debe finalizar su membresía en el plan si se produce alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se explica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. La pérdida del proceso de Medicaid comienza cuando el plan conoce el cambio en los beneficios de Medicaid del miembro. Una vez que el plan confirma la pérdida de Medicaid por parte del miembro, este tendrá 6 meses para volver a ser elegible para los beneficios de Medicaid o cambiarse a un plan que no requiera la condición de necesidades especiales. Este período empezará el primer día del mes siguiente al mes en el que se ha confirmado la pérdida. El miembro recibirá correspondencia durante este período para notificarle el proceso y la fecha límite. Si, al final del período de 6 meses, el plan confirma que el miembro no ha recuperado los beneficios de Medicaid, no ha enviado pruebas de la renovación de Medicaid o no se ha cambiado de plan, se cancelará la inscripción del miembro.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicio al Cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o viaja está dentro del área de servicio de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra presente legalmente en el país.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que usted tiene, que proporciona cobertura de medicamentos con receta.
- Si, intencionadamente, nos facilita información incorrecta en el momento de la inscripción en nuestro plan, y dicha información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
- Si se comporta continuamente de una forma que causa problemas y nos hace difícil brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).

- Si deja que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar el plan por este motivo, a menos que obtengamos previamente la autorización de Medicare).
  - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare podría solicitar que el Fiscal General investigue su caso.
- Si debe pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio al Cliente** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud

Cigna no puede pedirle que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan debido a motivos relacionados con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle los motivos por escrito. También debemos explicarle cómo iniciar un procedimiento de queja formal o presentar una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede obtener información sobre cómo presentar una queja en la Sección 11 del Capítulo 9.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 **Aviso sobre derecho aplicable** **166**
SECCIÓN 2 **Aviso sobre no discriminación** **166**
SECCIÓN 3 **Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare** **166**
SECCIÓN 4 **Aviso sobre subrogación y repetición de terceros** **166**
SECCIÓN 5 **Denuncie situaciones de fraude, uso indebido o abuso** **167**

SECCIÓN 1 Aviso sobre derecho aplicable

Muchas leyes se aplican a esta *Evidencia de cobertura*, y algunas otras disposiciones pueden aplicarse porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento. La norma principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y otras reglamentaciones creadas en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en que usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que le protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, constancias de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley de Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), el Artículo 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a organizaciones que reciben financiamiento federal, y cualquier otra ley y norma que se aplique por cualquier otro motivo.

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

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a servicios de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Si tiene una queja, como un problema con el acceso de sillas de ruedas, el Servicio al Cliente podrá ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recibir el pago de servicios de Medicare cubiertos por los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según reglamentaciones de los CMS establecidas en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), Cigna, como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de repetición que ejerce la Secretaría en virtud de las reglamentaciones de los CMS incluidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección prevalecen por sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre subrogación y repetición de terceros

Si realizamos algún pago a usted o en su nombre por servicios cubiertos (consulte el Capítulo 12 para obtener la definición), tenemos permitido subrogarnos plenamente (un principio legal que permite que el plan reciba un reembolso por determinados pagos que hayamos realizando en su nombre, en determinadas circunstancias) en cualquier derecho que usted tenga contra cualquier persona, entidad o aseguradora que pueda ser responsable del pago de gastos y/o beneficios médicos relacionados con su lesión, enfermedad o afección. Nosotros tenemos los mismos derechos de subrogación y repetición que se otorgan al Programa de Medicare en virtud de las reglas de pagador secundario de Medicare. Podremos usar cualquier derecho de repetición disponible para el programa Medicare en virtud de la Sección 1395mm(e)(4) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés), la Sección 1395w-22(a)(4) del Título 42 del U.S.C., la Parte 411 del Título 42 del CFR y la Parte 422 del Título 42 del CFR.

Una vez que hayamos realizado un pago por servicios cubiertos, tendremos un derecho de preferencia respecto de los fondos obtenidos de cualquier sentencia, conciliación u otra indemnización o resarcimiento que usted reciba o tenga derecho a recibir, lo cual incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente:

1. cualquier indemnización, conciliación, beneficio u otras cantidades pagadas en virtud de cualquier indemnización o ley de seguro de accidentes de trabajo;
2. cualquier pago realizado directamente por un tercero culpable de un acto ilícito civil extracontractual o una persona, entidad o aseguradora externa responsable de indemnizar al tercero culpable, o en su nombre;

3. cualquier laudo arbitral, pago, conciliación, indemnización estructurada u otros beneficios o cantidades pagadas en virtud de una póliza de cobertura para conductores de automóviles que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente; o cualquier otro pago designado, asignado o que de otra forma esté destinado como pago a usted como compensación, restitución o remuneración por su lesión, enfermedad o afección sufrida como resultado de la negligencia o responsabilidad de un tercero.

Usted acepta colaborar con nosotros y con cualquiera de nuestros representantes designados, así como tomar las medidas o dar los pasos que sean necesarios para garantizar nuestro derecho de preferencia/nuestros intereses, que incluyen, entre otros:

1. responder plenamente a solicitudes de información respecto de cualquier accidente o lesión;
2. responder plenamente a nuestras solicitudes de información y brindar cualquier información pertinente que hayamos solicitado; y
3. participar plenamente en todas las etapas de cualquier acción legal que necesitemos a fin de proteger nuestros derechos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, participar en la etapa de presentación de pruebas, asistir cuando se presten declaraciones y comparecer y testificar en un juicio.

Además, usted acepta no hacer nada que afecte nuestros derechos, lo cual incluye, a modo de ejemplo, ceder los derechos o pretensiones que pudiera tener contra una persona o entidad en relación con su lesión, enfermedad o afección sin contar previamente con nuestro consentimiento previo autorizado por escrito. Si usted no colabora, esto se considerará una violación o un incumplimiento de sus obligaciones, y nosotros podremos iniciar una acción legal en su contra para proteger nuestros derechos.

También tenemos derecho a que se nos reembolse por completo cualquier pago de beneficios que hagamos a usted o un tercero en su nombre que sea responsabilidad de cualquier persona, organización o aseguradora. Nuestro derecho de reembolso no está relacionado con nuestro derecho de subrogación y está limitado únicamente a la cantidad de los beneficios reales pagados en virtud del plan. Usted debe pagarnos de inmediato cualquier cantidad que reciba como resultado de una sentencia, una conciliación, una indemnización, un resarcimiento o de otra forma, de cualquier tercero responsable o de su aseguradora, en la medida en que nosotros hayamos pagado o brindado beneficios por su lesión, enfermedad o afección durante su inscripción en este plan.

Nuestros derechos de subrogación y reembolso serán preferentes, y deberán pagarse antes de que se paguen sus demás reclamos. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos, impactados ni eliminados por la doctrina que establece que se debe compensar satisfactoriamente a la parte perjudicada antes de que la aseguradora pueda hacer valer sus derechos de subrogación, ni por ninguna otra doctrina que pueda aplicarse.

No tenemos la obligación de procurar obtener un reembolso o una subrogación para nuestro propio beneficio ni en su nombre. Nuestros derechos en virtud de esta *Evidencia de cobertura* no se verán afectados, reducidos ni eliminados si no intervenimos en cualquier acción legal que usted inicie en relación con su lesión, enfermedad o afección.

Si usted no está de acuerdo con alguna decisión o acción que tomemos en relación con las disposiciones sobre subrogación y repetición de terceros detalladas previamente, debe seguir los procedimientos explicados en el Capítulo 9 de este cuadernillo: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).*

SECCIÓN 5 Denuncie situaciones de fraude, uso indebido o abuso

El fraude en el cuidado de la salud es una violación de la ley federal o estatal. Si sabe o sospecha de la existencia de fraude de seguros de salud, haga la denuncia llamando a nuestra Línea Directa de Cumplimiento y Ética al 1-800-472-8348. No tiene obligación de identificarse al realizar su denuncia. La línea directa es anónima.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el objetivo de prestar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y para aquellos cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que puede tomar si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta, o de pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos un medicamento, un artículo o un servicio que usted piensa que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluso el proceso para presentarlas.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad de costo compartido permitida del plan. Como miembro del plan, usted solo debe pagar las cantidades de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o de otra manera le cobren más que la cantidad de costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios de hospitales y centros de cuidados especiales (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que le admiten en un hospital o un centro de cuidados especiales. El período de beneficios termina cuando usted pasa 60 días consecutivos sin recibir servicios de cuidado de la salud como paciente internado de un hospital (o cuidados especializados en un SNF). Si le admiten en un hospital o un centro de cuidados especiales después de que terminó un período de beneficios, comienza otro período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios no tiene límite.

Medicamento de marca: un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. La fórmula de los medicamentos de marca tiene los mismos principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, solo están disponibles después del vencimiento de la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura de gastos excedentes: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted paga un copago o un coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado $7,050 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: una cantidad que es posible que usted deba pagar como su parte del costo por los servicios o los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible. Habitualmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "iniciar un procedimiento de queja formal". El proceso de quejas se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF): un establecimiento que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y que proporciona una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: una cantidad que es posible que usted deba pagar como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita a un médico, una visita a un hospital como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Los copagos son cantidades fijas en lugar de porcentajes. Por ejemplo, podría pagar $10 o $20 por un medicamento con receta o una visita a un médico.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos, (además de la prima mensual del plan) e incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda exigir antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de "copago" que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o un medicamento específico. Es posible que se aplique una "tasa de costo compartido diario" cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si el plan cubre un medicamento que se le recetó y la cantidad que usted debe pagar por el medicamento con receta, si corresponde. En general, si usted lleva su receta a una farmacia, y la farmacia le indica que el medicamento con receta no está cubierto en virtud de su plan, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe comunicarse con su plan por teléfono o por escrito para pedir una decisión formal sobre la cobertura. En este cuadernillo, las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que usamos para referirnos a todos los servicios de cuidado de la salud y suministros que cubre nuestro plan.

Cobertura de medicamentos con receta acreditable: una cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando comienzan a reunir los requisitos para Medicare, generalmente, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si luego deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales que se proporcionan en hogares de ancianos, centros para enfermos terminales u otros centros cuando usted no necesita atención médica especializada o cuidados de enfermería especializados. Los cuidados de custodia son cuidados personales que pueden brindar personas que no tienen capacitación o especialización profesional, como ayuda con actividades cotidianas, como bañarse, vestirse, comer, acostarse, sentarse o levantarse de la cama o de una silla, trasladarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí solas, como colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga los cuidados de custodia.

Servicio al Cliente: un departamento, dentro de nuestro plan, que es responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Tasa de costo compartido diario: es posible que se aplique una "tasa de costo compartido diario" cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos y usted deba pagar un copago. La tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro para un mes de un medicamento es de $30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces, su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que usted paga $1 por cada día de suministro cuando se le despacha su medicamento con receta.

Deducible: la cantidad que debe pagar por servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su propia elección) o involuntaria (no es su propia elección).

Cargo por despacho: un cargo que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto para pagar el costo del despacho de un medicamento con receta. El cargo por despacho cubre costos como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Individuo doblemente elegible – Una persona elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): determinados equipos médicos que su médico ordena por motivos médicos. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas con colchón eléctrico, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para su uso en el hogar.

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) prestados por un proveedor que reúne los requisitos para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que nosotros debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción a la asignación de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita o si el plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que usted solicita (una excepción al Formulario).

Ayuda Adicional: un programa de Medicare para ayudar a las personas con recursos e ingresos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que, según lo avala la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), tiene el/los mismo(s) principio(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y, habitualmente, cuesta menos.

Asistente de salud en el hogar: un asistente de salud en el hogar presta servicios que no necesitan la capacidad de un terapeuta o una enfermera con licencia, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados por el médico). Los asistentes de salud en el hogar no tienen licencia de enfermería ni brindan tratamiento.

Centro para enfermos terminales: un miembro a quien le quedan 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos brindarle una lista de centros de este tipo en su área geográfica. Si usted elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro para enfermos terminales brindará tratamiento especial para su condición.

Estadía en el hospital como paciente internado: una estadía en el hospital en la que se le admitió formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que igualmente se le considere un "paciente ambulatorio".

Ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años superan determinada cantidad, usted pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por esta cantidad, de manera que la mayoría de las personas no pagará una prima más elevada.

Asociación de Médicos Independientes (IPA): una IPA es un grupo de médicos de cuidado primario y especialistas que trabajan juntos para coordinar sus necesidades médicas. Consulte la Sección 5.1 del Capítulo 1 para obtener más información sobre las Asociaciones de Médicos Independientes (IPA).

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, que incluyen lo que usted pagó y lo que su plan pagó en su nombre para el año, alcancen los $4,430.

Período de inscripción inicial: cuando usted comienza a reunir los requisitos para Medicare, el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare al cumplir los 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla los 65 años, que incluye el mes en el que cumpla años y termina 3 meses después del mes de su cumpleaños.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) institucional: un Plan de Necesidades Especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente, o se espera que residan continuamente durante 90 días o más, en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de cuidados especiales (SNF), un centro para convalecientes (NF, por sus siglas en inglés), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID, por sus siglas en inglés) y/o un centro psiquiátrico para pacientes internados. Para brindar servicios a residentes de centros de LTC de Medicare, un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con el centro de LTC específico (o debe ser su propietario y operarlo).

Plan de Necesidades Especiales (SNP) equivalente institucional: un Plan de Necesidades Especiales institucional que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad, pero necesitan un nivel de atención institucional en función de la

evaluación del estado. La evaluación debe realizarse usando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención respectiva del estado y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residan en un centro de vivienda asistida (ALF, por sus siglas en inglés) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de cuidados especializados.

Queja formal integrada: un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o las farmacias, 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.

Determinación de la organización integrada: el plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando toma una decisión respecto de si sus artículos o servicios están cubiertos o de cuánto debe pagar usted por artículos o servicios cubiertos. En este cuadernillo, las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo pedirnos una decisión de cobertura.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos con receta que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye medicamentos genéricos y de marca.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

Cantidad máxima de desembolso: lo máximo que usted paga de desembolso durante el año calendario por servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Las cantidades que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se computan para la cantidad máxima de desembolso. Si reúne los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), no debe pagar ningún costo de desembolso hasta alcanzar el desembolso máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este desembolso máximo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre su cantidad máxima de desembolso.

Medicaid (o asistencia médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos limitados e ingresos bajos a pagar sus costos médicos. Los programas de Medicaid varían en los distintos estados, pero la mayoría de los costos del cuidado de la salud están cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Grupo médico: una asociación de médicos de cuidado primario (PCP), especialistas y/o proveedores auxiliares (como terapeutas y radiólogos), con la cual el plan tiene un contrato para brindar servicios de cuidado de la salud como una sola unidad. Los grupos médicos pueden dedicarse a una sola especialidad (por ejemplo, todos PCP) o varias especialidades (por ejemplo, PCP y especialistas). Consulte la Sección 5.1 del Capítulo 1 para obtener más información sobre los grupos médicos.

Indicación médicamente aceptada: un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos, o con el respaldo de determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (generalmente, aquellas que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan del PACE o un Plan Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un período establecido cada año en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar la inscripción en el plan y cambiar a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare durante este período, también puede afiliarse a un plan de medicamentos con receta de Medicare separado en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage se extiende del 1 de enero al 31 de marzo, y también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona comienza a reunir los requisitos para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), un Plan de tarifa por servicio privado (PFFS, por sus siglas en inglés) o

un Plan de cuenta de ahorros médicos (MSA, por sus siglas en inglés) de Medicare. Si usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**. Todas las personas que tienen la Parte A y la Parte B de Medicare reúnen los requisitos para afiliarse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de interrupción de cobertura y no estén recibiendo "Ayuda Adicional". Los descuentos se brindan en función de acuerdos celebrados entre el Gobierno Federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca –pero no todos– tienen descuentos.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, entre los cuales se incluye nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a personas que tienen Medicare y que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de costos de Medicare, programas piloto/de demostración y Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): un seguro que ayuda a pagar medicamentos con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que la Parte A y la Parte B de Medicare no cubren, para pacientes ambulatorios.

Póliza de "Medigap" (Seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías aseguradoras privadas para cubrir "vacíos" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo se pueden usar con Original Medicare. (Los Planes Medicare Advantage no son pólizas de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o "Miembro del plan"): una persona que tiene Medicare y que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta que les corresponden. Las llamamos "farmacias de la red" porque celebraron un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta se cubren únicamente si se le despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales del cuidado de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud con licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de cuidado de la salud. Los llamamos **"proveedores de la red"** cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar, así como prestar, servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los acuerdos que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan prestarle servicios cubiertos por el plan. También nos referimos a los proveedores de la red como "proveedores del plan".

Original Medicare ("Traditional Medicare" o Medicare de "tarifa por servicio"): Original Medicare es ofrecido por el gobierno; no es un plan de salud privado, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagando a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud las cantidades de pago que establece el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada para Medicare, y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no celebró un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Según se explicó en esta *Evidencia de cobertura*, la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: proveedores o centros con los que no hemos acordado coordinar ni prestar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no son empleados ni de propiedad de nuestro plan, ni operados por este. Asimismo, tampoco están obligados por un contrato a prestarle servicios cubiertos a usted. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este cuadernillo.

Costos de desembolso: consulte la definición de "costo compartido" incluida anteriormente. El requisito de costo compartido de un miembro, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos, también se denomina requisito de costo "de desembolso" de dicho miembro.

Plan del PACE: un plan del Programa de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidado a largo plazo (LTC) para personas frágiles con el fin de ayudarlas a mantener su independencia y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) durante el mayor tiempo posible, y al mismo tiempo recibir la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte la definición de "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de beneficios de medicamentos con receta voluntario de Medicare. (Para facilitar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos con receta como "Parte D").

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos en virtud de la Parte D. Nuestro plan no necesariamente ofrecerá todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su Formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente la cobertura de determinadas categorías de medicamentos como medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía para la Parte D: una cantidad que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si pasa un período continuo de 63 días o más sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare) después de comenzar a reunir los requisitos para afiliarse a un plan de la Parte D. Usted pagará esta cantidad más elevada mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de 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.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan por una cantidad de pago especificada. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los reciba a través de proveedores de la red o fuera de la red. Generalmente, el costo compartido del miembro será mayor cuando reciba los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual respecto de sus costos de desembolso por servicios recibidos a través de proveedores de la red (preferidos) y un límite superior respecto de sus costos de desembolso combinados totales por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de cuidado de la salud a cambio de cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Médico de cuidado primario (PCP): su médico de cuidado primario es el médico u otro proveedor que usted consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. El proveedor se asegura de que usted reciba los servicios de cuidado de la salud que necesite para mantenerle saludable. Es posible que también hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado y que le refiera a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cuidado primario antes de consultar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener más información sobre médicos de cuidado primario.

Autorización previa: aprobación por anticipado para recibir servicios o determinados medicamentos que pueden estar en nuestro Formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Algunos medicamentos se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Formulario.

Prótesis y dispositivos ortopédicos: son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de cuidado de la salud. Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o función del cuerpo, lo que incluye materiales para estoma y terapia de nutrición por sonda y parenteral.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos del cuidado de la salud a los que el Gobierno Federal paga para verificar y mejorar la atención brindada a pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Límites a la cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si limita la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente, es también el área en la que puede recibir servicios de rutina (no de emergencia). El plan puede cancelar su inscripción si usted se muda, de manera permanente, a un lugar fuera del área de servicio del plan.

Cuidados en un centro de cuidados especiales (SNF): servicios de rehabilitación y cuidados de enfermería especializados prestados en forma continua y diaria en un centro de cuidados especiales. Entre los ejemplos de cuidados en un centro de cuidados especiales se pueden mencionar la fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo puede administrar un médico o una enfermera registrada.

Plan de Necesidades Especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que brinda cuidados de la salud más enfocados para grupos de personas específicos, como personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

Tratamiento escalonado: una herramienta de uso que requiere que usted pruebe, en primer lugar, otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Seguro de Ingreso Complementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con recursos e ingresos limitados que son discapacitadas o ciegas, o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia son servicios que se brindan para tratar una afección, una lesión o una enfermedad médica imprevista, que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no se puede tener acceso a ellos en forma temporal.

Notificación Contra la Discriminación: La Discriminación es Contra la Ley

Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Cigna no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Cigna:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-800-668-3813, 8 a.m. a 8 p.m., 7 días de la semana.

Si considera que Cigna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Cigna
Attn: Grievance Department
PO Box 188080
Chattanooga, TN 37422
Phone: 1-800-668-3813 (TTY 711) Fax: 1-888-586-9946.

Puede presentar el reclamo escrito por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, Servicio al Cliente está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal (Oficina de Derechos Civiles portal de quejas), disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. ATTENTION: If you speak languages other than English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. ATENCIÓN: si usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), 8 a.m. a 8 p.m, 7 días de la semana. Cigna tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato. © 2017 Cigna

Multi-language Interpreter Services

English – ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call **1-800-668-3813** (TTY 711).

Spanish – ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-668-3813** (TTY 711).

Chinese – 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-668-3813** (TTY 711)。

Vietnamese – CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-668-3813** (TTY 711).

French Creole – ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-668-3813** (TTY 711).

Korean – 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-668-3813** (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

Polish – UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-668-3813** (TTY 711).

French – ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-668-3813** (ATS 711).

Arabic – ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-668-3813** (TTY 711).

Russian – ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-668-3813** (телетайп 711).

Tagalog – PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-668-3813** (TTY 711).

Farsi/Persian – توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-668-3813** (TTY: 711) تماس بگیرید.

German – ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-668-3813** (TTY 711).

Portuguese – ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-668-3813** (TTY 711).

Italian – ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-668-3813** (TTY 711).

Japanese – 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **1-800-668-3813** (TTY 711)まで、お電話にてご連絡ください。

Navajo – Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih **1-800-668-3813** (TTY 711).

Gujarati – ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-668-3813** (TTY 711).

Urdu توجہ دیں: اگرآپ اردو زبان بولتے ہیں تو آپ کےلئے زبان معاون خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-668-3813** (TTY 711)

Servicio al Cliente de Cigna

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

Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	1-800-252-9240
CORREO POSTAL	Texas Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP), Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104
SITIO WEB	hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración sobre divulgación en virtud de la PRA. *De acuerdo con la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para este pedido de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO y Planes de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D en algunos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato.