



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 True Choice Medicare (PPO)**

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

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

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

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

Los beneficios, 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.



**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.**

<b>Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros.....</b>	<b>4</b>
Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Trata sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la multa por inscripción tardía para la Parte D, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado su registro de membresía.	
<b>Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes .....</b>	<b>17</b>
Le dice cómo comunicarse con nuestro plan (Cigna True Choice Medicare [PPO]) y con otras organizaciones, como Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP), la Organización de Mejora de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta y la Junta de Jubilación Ferroviaria.	
<b>Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos.....</b>	<b>31</b>
Explica cosas importantes que usted necesita saber para obtener su atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de proveedores de la red del plan y dónde atenderse cuando tenga una emergencia.	
<b>Capítulo 4. Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) .....</b>	<b>43</b>
Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y cuáles <i>no</i> están cubiertos como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará como su parte del costo por su atención médica cubierta.	
<b>Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos con receta de la Parte D.....</b>	<b>79</b>
Explica las reglas que tiene que seguir cuando obtenga sus medicamentos de la Parte D. Trata sobre cómo usar la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Trata sobre los tipos de medicamentos que <i>no</i> están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Explica dónde despachar sus recetas. Trata sobre los programas del plan relativos a la seguridad y la administración de los medicamentos.	
<b>Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D.....</b>	<b>97</b>
Trata sobre las 4 etapas de cobertura de los medicamentos (Etapas 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. Explica los 5 niveles de costo compartido correspondientes a sus medicamentos de la Parte D y explica lo que usted debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.	
<b>Capítulo 7. Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.....</b>	<b>112</b>
Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando usted desea pedirnos que le devolvamos el dinero de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.	
<b>Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>118</b>
Explica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le dice lo que puede hacer si piensa que no se están respetando sus derechos.	

**Índice**

---

<b>Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) .....</b>	<b>127</b>
Le dice qué hacer, paso a paso, si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Explica cómo pedir decisiones de cobertura y presentar apelaciones si está teniendo inconvenientes para recibir la atención médica o los medicamentos con receta que piensa que nuestro plan cubre. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o las restricciones adicionales de su cobertura para medicamentos con receta, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que su cobertura terminará demasiado pronto.</li><li>• Explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.</li></ul>	
<b>Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan .....</b>	<b>165</b>
Explica cómo y cuándo puede finalizar su membresía en el plan. Explica situaciones en las que nuestro plan está obligado a finalizar su membresía.	
<b>Capítulo 11. Avisos legales.....</b>	<b>172</b>
Incluye avisos sobre derecho aplicable y sobre no discriminación.	
<b>Capítulo 12. Definiciones de términos importantes.....</b>	<b>176</b>
Explica los términos más importantes que se usan en este cuadernillo.	

# CAPÍTULO 1

*Primeros pasos para los miembros*

## Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros

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

**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

---

<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Mantenga actualizado su registro de membresía del plan .....</b>	<b>14</b>
Sección 8.1	Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted .....	14
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información sobre la salud personal .....</b>	<b>15</b>
Sección 9.1	Nos aseguramos de que su información sobre la salud esté protegida.....	15
<b>SECCIÓN 10</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....</b>	<b>15</b>
Sección 10.1	¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? .....	15

---

## **SECCIÓN 1    Introducción**

---

### **Sección 1.1    Usted está inscrito en Cigna True Choice Medicare (PPO), que es un Plan PPO de Medicare**

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

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Cigna True Choice Medicare (PPO) es un Plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este Plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y es dirigido por una compañía privada.

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

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

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

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

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)



**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

- –y– Usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 que aparece a continuación describe nuestra área de servicio)
- –y– Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está presente legalmente en el país

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

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

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

**Sección 2.3 Esta es el área de servicio de nuestro plan**

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas: Angelina, Atascosa, Bandera, Brazoria, Fort Bend, Galveston, Harris, Jasper, Kendall, Liberty, Medina, Montgomery, Nacogdoches, Polk, San Jacinto, Walker, Waller y Wilson.

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

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

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

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

**SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?****Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para obtener todos los servicios de cuidado de la salud y los medicamentos con receta cubiertos**

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

Cigna

<Plan Name>  
<Plan Type>

<Contract/PBP[/segment]>

Name <Customer Full Name>  
ID <Customer ID>  
Health Plan (80840)  
[Effective Date <Effective Date>]

**MedicareRx**  
[Prescription Drug Coverage X]

[No PCP Required] [RxBIN <XXXXXXXX>]  
[No Referral Required] [RxPCN <XXXXXXXX>]  
COPAYS [RxGRP <XXXXXXXX>]

PCP <\$xx> Specialist <\$xx>  
Emergency <\$xx> Urgent Care <\$xx>

This card does not guarantee coverage or payment.

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

**[Customer Service** <--Toll Free Number ---> (TTY 711)]  
**[Provider Services** <Phone Number>  
**[Authorization[/Referral]** <Phone Number>  
**[Provider Medical Claims** <Address>  
**[Pharmacy Help Desk** <Phone Number>  
**[Pharmacy Claims** <Address>  
**[Dental Services** <Phone Number>  
**[Provider Dental Claims** <Address>  
[<URL>]

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Cigna True Choice Medicare (PPO), 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 True Choice Medicare (PPO) mientras sea miembro del plan, quizás tenga que pagar todo el costo por su cuenta.

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

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

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

#### ¿Qué son los “proveedores de la red”?

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

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

Como miembro de nuestro plan, puede optar por atenderse con proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por sus servicios cubiertos podría ser más alta. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica.

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

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

#### ¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

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](http://www.cignamedicare.com). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo. **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).

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

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

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

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

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

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

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

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

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted, otras personas en su nombre y nosotros gastó/gastaron/gastamos en sus medicamentos con receta de la Parte D y la cantidad total que se pagó 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 de la Parte D* y la forma en que puede ayudarle a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede solicitar 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?

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

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

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

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** para la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a reunir los requisitos o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura “acreditable” de medicamentos con receta. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía para la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La cantidad de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de su multa por inscripción tardía para la Parte D.
  - Si debe pagar la multa por inscripción tardía para la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. En la Sección 5 del Capítulo 1, se explica la multa por inscripción tardía para la Parte D.
  - Si tiene una multa por inscripción tardía para la Parte D y no la paga, su inscripción en el plan podría cancelarse.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, porque 2 años atrás tenían un ingreso bruto ajustado modificado superior a una cantidad determinada en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar la cantidad de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. La Sección 6 del Capítulo 1 explica el IRMAA con mayor detalle.

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

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

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

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

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

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

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

- Primero, cuente la cantidad de meses completos que usted demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir del momento en que reunió los requisitos para hacerlo; o cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura de medicamentos con receta acreditable si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La

**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

multa es del 1% por cada mes en que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare nacionales del año anterior. Para 2022, esta cantidad promedio de la prima es de \$33.37.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear la cifra a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$33.37, que es igual a \$4.67. Esto se redondea a \$4.70. Esta cantidad se sumaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía para la Parte D.**

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

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

<b>Sección 5.3 En algunas situaciones, puede inscribirse en forma tardía y no tener que pagar la multa</b>
--

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

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

- Si ya tiene cobertura de medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare llama a esto **“cobertura de medicamentos acreditable”**. Tenga en cuenta lo siguiente:
  - La cobertura acreditable puede incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le indicará, cada año, si su cobertura de medicamentos es acreditable. Es posible que esta información se le envíe en una carta o que se incluya en un boletín del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si luego se afilia a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si recibe un “certificado de cobertura acreditable” cuando termine su cobertura de salud, es posible que esto no signifique que su cobertura de medicamentos con receta era acreditable. La notificación debe establecer que usted tenía cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
  - Las siguientes coberturas *no* son coberturas de medicamentos con receta acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare y usted 2022* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted no tenía cobertura acreditable, pero el período en que no la tuvo fue de menos de 63 días seguidos.
- Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía para la Parte D, usted o su representante pueden pedir una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Generalmente, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha que aparezca en la primera carta que usted reciba que indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba

pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

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

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados, según se informan en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, superan determinada cantidad, pagará la cantidad de la prima estándar y un ajuste mensual relacionado con los ingresos (también conocido como IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social –no su plan de Medicare– le enviará una carta para indicarle de cuánto será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de la forma en que pague la prima de su plan habitualmente, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que usted debe. Si su cheque de beneficios no alcanza para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan.**

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

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

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

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

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

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

## **SECCIÓN 7 Más información acerca de su prima mensual**

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

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

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

- **Si usted debe pagar la cantidad adicional y no la paga, su inscripción en el plan se cancelará, y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social –no su plan de Medicare– le enviará una carta para indicarle de cuánto será esa cantidad adicional.

- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D en función de los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este cuadernillo. También puede visitar [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia del manual *Medicare y usted 2022* le brinda información sobre las primas de Medicare en la sección “Costos de Medicare 2022”. Esto explica las distintas primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare que se aplican a personas con diferentes ingresos. Todos los miembros de Medicare reciben una copia 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](http://www.medicare.gov)). O puede pedir una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

#### **Opción 1: Puede pagar con cheque**

Su multa por inscripción tardía para la Parte D es mensual, pero puede pagarla de manera trimestral o anual si lo prefiere. Puede decidir pagar su multa por inscripción tardía para la Parte D directamente a nuestro plan. Debe enviarnos su cheque o giro postal a nombre de Cigna, a más tardar, el último día del mes. Incluya su número de identificación de miembro en el cheque. Su cheque no debe ser pagadero a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés). El pago debe enviarse a: Cigna, P.O. Box 742642, Atlanta, GA 30374-2642. Los pagos enviados a otra dirección de Cigna demorarán el procesamiento del pago.

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

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

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

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

#### **Opción 4: Puede pagar en línea**

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

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

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

**Capítulo 1. Primeros pasos para los miembros**

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

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

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

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

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

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

**SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan****Sección 8.1 Cómo ayudar a asegurar que tengamos información precisa sobre usted**

Su registro de membresía tiene información tomada de su formulario de inscripción, que incluye su dirección y número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan, lo que incluye su 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 10 de este capítulo).

Una vez al año, y también cuando Medicare nos informa cambios en su cobertura de otros seguros, le enviaremos una carta junto con un cuestionario para confirmar la cobertura de otros seguros. Le pedimos que complete el cuestionario y nos lo devuelva, o que llame a Servicio al Cliente para informarnos si sigue teniendo la cobertura de otros seguros o si ha finalizado. Si tiene cobertura de otro seguro médico u otro seguro de medicamentos que no esté incluido en la carta, llame a Servicio al Cliente para informarnos sobre esta otra cobertura (el número de teléfono de Servicio al Cliente está impreso en la contratapa de este cuadernillo).

---

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

---

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

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

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

---

## **SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan**

---

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

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

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura de un plan de salud colectivo depende de su empleo actual o del de un familiar, la decisión de quién paga primero dependerá de su edad, de la cantidad de empleados de su empleador y de si usted tiene Medicare en función de su edad, una discapacidad o una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
  - Si tiene menos de 65 años y es discapacitado, y usted o un familiar todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
  - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud colectivo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud colectivo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que usted comience a reunir los requisitos de Medicare.

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

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

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

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

# CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y recursos importantes*

---

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Contactos del plan</b> (cómo comunicarse con nosotros y cómo hablar con el Servicio al Cliente del plan).....	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Medicare</b> (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico</b> (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Organización de Mejora de la Calidad</b> (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas que tienen Medicare) .....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Seguro Social</b> .....	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Medicaid</b> (un programa federal y estatal conjunto que ayuda a algunas personas con recursos e ingresos limitados a pagar sus costos médicos) .....	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta</b> .....	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria</b> .....	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 9</b>	<b>¿Tiene un “seguro colectivo” u otro seguro de salud de un empleador?</b> .....	<b>29</b>

**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)

**Cómo comunicarse con el Servicio al Cliente de nuestro plan**

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

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

**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.

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura respecto de la atención médica – Información de contacto</b>
<b>TELÉFONO</b>	1-800-668-3813 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local; y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, Servicio al Cliente atiende de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local; y los sábados, de 8:00 a.m. a 5:00 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.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

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

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

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

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

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

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

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

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

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

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

Método	Apelaciones respecto de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
FAX	1-866-593-4482
CORREO POSTAL	Cigna, Attn: Medicare Clinical Appeals, P.O. Box 66588, St. Louis, MO 63166-6588
SITIO WEB	<a href="http://www.cignamedicare.com">www.cignamedicare.com</a>

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

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

Método	Quejas respecto de medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
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 <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

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

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

Método	Solicitudes de pago – Información de contacto
SITIO WEB	<a href="http://www.cignamedicare.com">www.cignamedicare.com</a>

**SECCIÓN 2 Medicare**

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

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

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

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	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Brinda información sobre la condición de elegibilidad con respecto a Medicare.</li> <li>• <b>Localizador de planes de Medicare:</b> Brinda información personalizada sobre planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de desembolso en diferentes planes de Medicare.</li> </ul> También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe su queja a Medicare:</b> Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.</li> </ul> En caso de que no tenga computadora, visite la biblioteca local o algún centro para personas mayores desde donde pueda hacer uso de una computadora y visitar este sitio web. También puede llamar a Medicare y decir cuál es la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).



**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes****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](http://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
<b>TELÉFONO</b>	1-800-252-9240
<b>CORREO POSTAL</b>	Texas Health Information Counseling & Advocacy Program (HICAP), Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://hhs.texas.gov/services/health/medicare">hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>

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

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

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

Método	KEPRO (Organización de Mejora de la Calidad de Texas) – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	1-855-843-4776 Este número requiere un equipo telefónico especial y es únicamente para personas que tienen dificultades de la audición o del habla.
<b>CORREO POSTAL</b>	KEPRO, 5201 W. Kennedy Blvd., Suite 900, Tampa, FL 33609
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.keproqio.com">www.keproqio.com</a>

**SECCIÓN 5 Seguro Social**

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

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

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

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

**SECCIÓN 6 Medicaid**

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

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

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

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

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

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

Método	Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas – Información de contacto
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>TTY</b>	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.
<b>CORREO POSTAL</b>	Texas Health and Human Services Commission, Brown-Heatly Building, 4900 N. Lamar Boulevard, Austin, TX 78751-2316
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov">yourtexasbenefits.hhsc.texas.gov</a>

**SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta****Programa “Ayuda Adicional” de Medicare**

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

Algunas personas reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” en forma automática, y no es necesario que la soliciten. Medicare envía una carta a quienes reúnen los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” automáticamente.

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

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

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

- Comuníquese con Servicio al Cliente para solicitar asistencia o para proporcionar uno de los documentos mencionados a continuación para establecer su nivel de copago correcto. Tenga en cuenta que los documentos mencionados a continuación deben demostrar que usted reunió los requisitos para Medicaid durante un mes después de junio del año anterior:

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

1. Una copia de su tarjeta de Medicaid, que incluye su nombre, fecha de elegibilidad y nivel de acuerdo con su condición.
  2. Un informe de contacto que incluya la fecha en que se efectuó una llamada de verificación a la agencia estatal de Medicaid y el nombre, cargo y número de teléfono del integrante del personal del estado que verificó la condición con respecto a Medicaid.
  3. Una copia de un documento estatal que confirme su condición activa en Medicaid.
  4. Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  5. Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  6. Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición con respecto a Medicaid.
  7. Una Notificación de adjudicación del Seguro de Ingreso Complementario (SSI, por sus siglas en inglés) con una fecha de entrada en vigor.
  8. Una carta de Información importante de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) que confirme que usted "...cumple los requisitos automáticamente para recibir Ayuda Adicional...".
- Si usted es un miembro que está internado en una institución, proporcione uno o más de los siguientes documentos:
    1. Una remesa de un centro de cuidados a largo plazo que demuestre el pago de Medicaid para un mes calendario completo.
    2. Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de cuidados a largo plazo en su nombre para un mes calendario completo.
    3. Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado que demuestre su condición de paciente institucionalizado sobre la base de una estadía mínima de un mes calendario completo a los fines del pago de Medicaid.
    4. Las personas que reciben servicios en el hogar y comunitarios (HCBS, por sus siglas en inglés) podrán presentar una copia de lo siguiente:
      - a) Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
      - b) Un Plan de servicios de HCBS aprobado por el estado que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
      - c) Una carta de aprobación de la autorización previa emitida por el estado para HCBS que incluya el nombre del beneficiario y una fecha de entrada en vigor durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
      - d) Otra documentación proporcionada por el estado que demuestre su condición de elegibilidad para HCBS durante un mes posterior a junio del año calendario anterior; o
      - e) Un documento emitido por el estado, como un aviso de remisión, que confirme el pago por HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de HCBS.
  - Cuando recibamos la evidencia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que, cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia, se aplique el copago correcto. Si usted paga un copago superior, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó de más o compensaremos copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo contabiliza como dinero que usted adeuda, es posible que hagamos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que hagamos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare**

El Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricantes sobre medicamentos de marca a miembros de la Parte D que hayan alcanzado la interrupción de cobertura y no estén recibiendo "Ayuda Adicional".

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

---

En el caso de medicamentos de marca, el descuento del 70% que proporcionan los fabricantes excluye cualquier cargo por despacho, por costos durante el período de la interrupción. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del cargo por el despacho de los medicamentos de marca.

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

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

El Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Como nuestro plan ofrece cobertura adicional durante la Etapa de interrupción de cobertura, sus costos de desembolso a veces serán más bajos que los costos que se describen aquí. Vea la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de interrupción de cobertura.

El plan ofrece cobertura adicional durante la interrupción de la cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de interrupción de cobertura, sus costos de desembolso por las insulinas seleccionadas serán de \$35 por un suministro para un mes y \$105 por un suministro a largo plazo (para 90 días). Vea la Sección 2.1 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de interrupción de cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no reúnen los requisitos para participar en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”). Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente proporcionada electrónicamente. Puede identificar las insulinas seleccionadas buscando los medicamentos que digan SSM (que es la sigla en inglés de “Modelo de Ahorro para Adultos Mayores”). Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente (los números de teléfono de Servicio al Cliente están impresos en la contratapa de este cuadernillo). Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Programa de descuentos para interrupción de cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo).

**¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa 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

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

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
<b>TELÉFONO</b>	1-800-255-1090 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
<b>CORREO POSTAL</b>	Texas HIV Medication Program, MSJA, MC 1873, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714-9347
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/">www.dshs.texas.gov/hivstd/meds/</a>

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

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

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

Si piensa que ha alcanzado la interrupción de cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su siguiente notificación de *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le adeuda un descuento, usted puede presentar una apelación. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**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
<b>TELÉFONO</b>	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.
<b>CORREO POSTAL</b>	Kidney Health Care Program, Specialty Health Care Services, MC 1938, P.O. Box 149347, Austin, TX 78714
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care">hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care</a>

**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.

**Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes**

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

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

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

# CAPÍTULO 3

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



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

<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cosas que necesita saber al obtener su atención médica cubierta como miembro de nuestro plan .....</b>	<b>32</b>
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? .....	32
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica cubierta por el plan .....	32
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Uso de proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica .....</b>	<b>33</b>
Sección 2.1	Puede elegir un médico de cuidado primario (PCP) para que le brinde atención médica y la supervise.....	33
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener aprobación por anticipado de su PCP? .....	34
Sección 2.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud de especialistas y de otros proveedores de la red.....	34
Sección 2.4	Cómo atenderse con proveedores fuera de la red.....	35
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Cómo recibir servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita cuidados de urgencia o durante una catástrofe .....</b>	<b>36</b>
Sección 3.1	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud si tiene una emergencia médica .....	36
Sección 3.2	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud cuando necesita servicios de urgencia .....	37
Sección 3.3	Cómo obtener servicios de cuidado de la salud durante una catástrofe.....	37
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos? .....</b>	<b>37</b>
Sección 4.1	Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos .....	37
Sección 4.2	Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total.....	37
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>¿Cómo se cubren sus servicios médicos si es parte de un “estudio de investigación clínica”? .....</b>	<b>38</b>
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? .....	38
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué? .....	38
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Reglas para recibir servicios de cuidado de la salud cubiertos en una “institución religiosa de cuidados de la salud no médicos” .....</b>	<b>39</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos? .....	39
Sección 6.2	Cómo recibir servicios de cuidado de la salud en una institución religiosa de cuidados de la salud no médicos.....	39
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Reglas de propiedad de equipos médicos duraderos .....</b>	<b>40</b>
Sección 7.1	¿Será usted dueño del equipo médico duradero después de hacer una determinada cantidad de pagos en virtud del plan? .....	40
<b>SECCIÓN 8</b>	<b>Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento .....</b>	<b>40</b>
Sección 8.1	¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?.....	40
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? .....	40
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare? .....	41

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **La atención que usted recibe está incluida en el Cuadro de beneficios médicos del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted se atiende con un proveedor que reúne los requisitos para brindar los servicios de Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede atenderse con un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).
  - Los proveedores de nuestra red se detallan en el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por sus servicios cubiertos podría ser más alta.
  - Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien usted puede atenderse con un proveedor fuera de la red, el proveedor debe reunir los requisitos para participar en Medicare. Excepto en el caso de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no reúna los requisitos para participar en Medicare. Si usted se atiende con un proveedor que no reúne los requisitos para participar en Medicare, deberá pagar el costo completo de los servicios que reciba. Consulte a su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que este pueda participar en Medicare.

## **SECCIÓN 2 Uso de proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica**

### **Sección 2.1 Puede 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?**

Como miembro de nuestro plan, no está obligado a elegir un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés); sin embargo, le recomendamos encarecidamente que elija un PCP y nos comunique a quién ha elegido. Su PCP puede ayudarle a mantenerse sano, a tratar enfermedades y a coordinar su atención médica con otros proveedores de cuidado de la salud. Según el lugar donde viva, los siguientes tipos de proveedores pueden actuar como su PCP:

- Practicante general
- Medicina familiar
- Medicina interna
- Geriatría

Su PCP le ofrecerá la mayor parte de la atención médica y coordinará sus cuidados con otros proveedores cuando necesite servicios más especializados. Le ayudará a encontrar un especialista y a gestionar los servicios cubiertos que le corresponden como miembro de nuestro plan. Algunos de los servicios que coordinará su PCP son:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- El cuidado de médicos especialistas
- Admisiones hospitalarias

La “coordinación” de sus servicios incluye consultar con otros proveedores del plan los asuntos relacionados con sus servicios de cuidado de la salud y su progreso. Debido a que su PCP le proporcionará y coordinará la mayor parte de su atención médica, le recomendamos que envíe todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

En algunos casos, es posible que su PCP u otro proveedor necesite obtener la aprobación anticipada del Departamento de gestión médica de nuestro plan para algunos servicios o exámenes (esto se llama obtener “autorización previa”). Los servicios y artículos que necesitan autorización previa se detallan en la Sección 2.1 del Capítulo 4 del Cuadro de beneficios médicos. No se requiere autorización previa para los servicios cubiertos recibidos fuera de la red; sin embargo, usted o su médico podrían pedir una decisión de cobertura antes de la visita para confirmar que los servicios que va a recibir están cubiertos y son médicamente necesarios llamando a Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la contratapa de este cuadernillo).

#### **¿Cómo elige a su PCP?**

Puede elegir su médico de cuidado primario (PCP) de la lista incluida en el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan; la lista más actualizada se encuentra en nuestro sitio web [www.cignamedicare.com](http://www.cignamedicare.com). Si necesita ayuda, puede llamar Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contratapa de este cuadernillo). También puede cambiar de PCP (como se explica más adelante en esta sección) comunicándose con Servicio al Cliente.

#### **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 de nuestro plan o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar su PCP, llame a Servicio al Cliente al número que está impreso en la contratapa de este cuadernillo antes de concertar una cita con un nuevo PCP. Cuando llame, asegúrese de avisar a Servicio al Cliente si está viendo a un especialista o si está recibiendo otros servicios cubiertos coordinados por su PCP (como servicios de salud en el hogar o equipos médicos duraderos). Comprobarán si el PCP al que usted desea cambiarse acepta pacientes nuevos. Servicio al Cliente cambiará su registro de membresía para que incluya el nombre de su nuevo PCP, le informará la fecha de vigencia del cambio solicitado y responderá sus preguntas acerca del cambio.