



Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud, y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)

En este documento se proporcionan detalles acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Servicio para Clientes al 1-866-901-8000. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, el Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), se ofrece a través de Jefferson Health Plans. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Jefferson Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO).)

El Servicio para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que se vean afectadas con al menos 30 días de anticipación.

En este documento, se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- la prima del plan y la distribución de costos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- el modo de presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Índice**Evidencia de Cobertura para 2025****Índice**

CAPÍTULO 1:	<i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)	9
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	13
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado el registro de su membresía del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	16
CAPÍTULO 2:	<i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1	Contactos de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)(cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio para Miembros)	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	24
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad	26
SECCIÓN 5	Seguro Social	27
SECCIÓN 6	Medicaid	28
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	29
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	32
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal o algún otro seguro de salud de un empleador?	33
CAPÍTULO 3:	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	34
SECCIÓN 1	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica como miembro de nuestro plan	35
SECCIÓN 2	Cómo usar proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica	36
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención de urgencia o durante un desastre	40

Índice

SECCIÓN 4	Cómo proceder si recibe la factura directamente por los costos totales de los servicios	42
SECCIÓN 5	Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica	43
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	45
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	46
CAPÍTULO 4:	<i>Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)</i>	48
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de bolsillo para servicios cubiertos	49
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para saber qué servicios tiene cubiertos y cuánto pagará	51
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	91
CAPÍTULO 5:	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D</i>	95
SECCIÓN 1	Introducción	96
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	96
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos del plan	99
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	101
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?	102
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?	105
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	107
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta médica	108
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	109
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y utilización de medicamentos	111
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D</i>	114
SECCIÓN 1	Introducción	115
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago en la que se encuentre el medicamento que recibe	117
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes para explicarle los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	118
SECCIÓN 4	No hay deducible para Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)	120

Índice

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde a ellos, y usted paga la parte que le corresponde a usted	120
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	125
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra	125
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos ...</i>	128
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	129
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reintegro o el pago de una factura que usted recibió	132
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si la aceptamos o la rechazamos	132
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	134
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan	135
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	140
CAPÍTULO 9:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</i>	142
SECCIÓN 1	Introducción	143
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	143
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	144
SECCIÓN 4	Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	145
SECCIÓN 5	Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	148
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	156
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	165
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	172
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los siguientes niveles	178
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras preocupaciones	181

Índice

CAPÍTULO 10:	<i>Cómo cancelar su membresía en el plan</i>	186
SECCIÓN 1	Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan	187
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	187
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	189
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	190
SECCIÓN 5	Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos	191
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	193
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	194
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	194
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	194
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	195

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), un Plan Medicare PPO
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica de Medicare y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso a los proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (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 administrado por una compañía privada.

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Sección 1.2	¿Qué información incluye el documento <i>Evidencia de Cobertura</i>?
--------------------	---

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se le informa cómo puede obtener atención médica y medicamentos recetados. Se explican también sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y el modo de presentar un reclamo si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención y a los servicios médicos, y a los medicamentos recetados que están a su disposición por ser miembro de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO).

Es importante que usted conozca cuáles son las reglas del plan y qué servicios tiene disponibles. Le recomendamos que se tome un momento para leer este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene dudas, alguna preocupación o solo tiene una pregunta, comuníquese con el Servicio para Miembros.

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted, relacionado con la cobertura de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) para su atención. En este contrato también se incluye el formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, y los avisos que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que usted esté inscrito en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos ofrecer terminar el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) todos los años. Cada año, usted podrá seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- tenga la Parte A y la Parte B de Medicare;
- --y-- viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y-- sea ciudadano estadounidense o resida legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Pennsylvania: Philadelphia, Bucks, Montgomery, Chester, Delaware, Adams, Franklin, Lancaster, York, Cumberland, Dauphin, Lebanon, Perry, Carbon, Lehigh, Monroe, Northampton, Schuylkill, Berks, Bradford.

Si planea mudarse a un área fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio para Miembros para saber si tenemos un plan en el área donde se haya mudado. Si se muda, tendrá un Período Especial de Inscripción para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro 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 y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal en los EE. UU.**

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) si usted no es elegible para permanecer como miembro por este motivo. Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá**Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan**

Mientras sea miembro de nuestro plan, usted debe utilizar la tarjeta de membresía cada vez que reciba los servicios cubiertos por este plan al igual que para adquirir los medicamentos recetados en las farmacias dentro de la red. Además, debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. A continuación, encontrará una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:

		PLAN NAME	
Member Name Member ID Group Number			
RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGroup: RX5529	PCP: Specialist: Emergency Room:	In Network \$XX \$XX \$XX	Out of Network \$XX \$XX \$XX
Medicare limiting charges apply.			
			
		Providers: Eligibility Verification: 1-888-991-9023 Prior Authorization and Admissions: 1-866-500-4571 Non-Participating Providers: 1-866-991-9023 Jefferson Health Plans must be notified within 2 business days of hospital admission Pharmacies: 1-866-841-7659 Send Claims to Jefferson Health Plans PO Box 981744 El Paso, TX 79998-1744	
		Contact Us www.JeffersonHealthPlans.com Member Relations: 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) Mental Health: 1-800-424-3704 (TTY 1-800-424-3703) Emergencies: Call 911 or go to the nearest emergency room. Follow up with your doctor as soon as possible to arrange follow up care. Urgent Care: Call your doctor or visit an urgent care center. Outside our service area, seek medical care and call your doctor to arrange follow up care.	

NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten exhibir su tarjeta si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos, o si necesita participar en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente al Servicio para Miembros y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el Directorio de proveedores y farmacias se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que acordaron con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Si desea recibir servicios y atención médica, debe recurrir a los proveedores dentro de la red. Si acude a otro lugar sin la debida autorización usted pagará el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, en casos en los que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Jefferson Health Plans Flex Pro autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

La lista de proveedores y distribuidores actualizada está disponible en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

El Directorio de proveedores y farmacias enumera nuestras farmacias de la red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el Directorio de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red que quiere usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede acudir a farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene una copia del Directorio de proveedores y farmacias, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) al Servicio para Miembros. Los directorios en formato impreso se le enviarán por correo postal en un plazo de tres días hábiles. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

Sección 3.3 Lista de Medicamentos Cubiertos del plan (<i>Formulario</i>)
--

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. En ella encontrará información sobre qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos en función del beneficio de la Parte D incluido en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO).

En la Lista de Medicamentos también se le informa si hay alguna norma que limita la cobertura de los medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare) o llamar al Servicio para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2).
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan para el pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

En determinadas circunstancias, la prima de su plan podría ser menor

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos programas incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. En el Capítulo 2, Sección 7, se incluye más información acerca de estos programas. Si usted reúne los requisitos, la inscripción en el programa puede disminuir la prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* no le corresponda**. Le enviamos un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para el pago de medicamentos recetados* (también llamada cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o cláusula LIS), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si no tiene este folleto, llame al Servicio para Miembros y solicite la cláusula LIS.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y usted para 2025* la Sección *Costos médicos para 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O puede solicitar una copia impresa por teléfono, llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan
--

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2025, la prima mensual de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) será \$20.

Sección 4.2 Prima de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan**. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para acceder a la Parte A de forma gratuita.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D
--

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Parte D si, en algún momento después de que su período de inscripción inicial haya finalizado, existe un período igual o superior a 63 días consecutivos en los que no tiene cobertura válida para medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. La cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con el estándar mínimo de Medicare, ya que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Usted deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se suma a su prima mensual. Cuando usted se inscriba por primera vez en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), le informaremos el monto de la multa.

Usted **no** deberá pagar si suceden las siguientes situaciones:

- Recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.
- Tuvo cobertura válida para medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará todos los años si su cobertura de medicamentos es válida. Esta información se le enviará en una carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información ya que puede necesitarla más adelante para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** En cualquier aviso se debe establecer que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados válida y que se esperaba que esta pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Lo que se detalla a continuación *no* forma parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. A continuación explicamos cómo funciona:

- Si transcurren 63 días o más sin que usted tenga la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de que usted fuera elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior. Para 2025, el monto promedio de esta prima es \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por \$36.78, lo que equivale a \$5.15. Este monto se redondea a \$5.20. Este monto se agregaría **la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Existen tres factores importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años** debido a posibles cambios anuales en la prima promedio mensual.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. En general, debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. No obstante, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual conforme a los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si el cálculo supera un monto determinado, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información acerca del monto adicional que podría tener que pagar de acuerdo con sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, y no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará a cuánto asciende el monto adicional. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios que recibe del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir un monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Usted debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con el pago del monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de recetas médicas de Medicare

Si participa en el plan de pago de recetas médicas de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En el Capítulo 2, Sección 7 encontrará más información sobre el plan de pago de recetas médicas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos que se detallan en el Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias maneras de pagar la prima de su plan
--

Existen cuatro formas en las que usted puede pagar su prima del plan.

Opción 1: Pago con cheque

Si elige pagar con cheque, le enviaremos una factura mensualmente. En nuestra factura se mostrará la fecha de vencimiento, que es el primero de cada mes. Su pago vence independientemente de si recibe nuestra factura o no. Haga su cheque a nombre de Jefferson Health Plans y envíe su pago por correo postal a:

Attn: Medicare Accounts
Jefferson Health Plans
P.O. Box 42946
Philadelphia, PA 19101-2946

También puede pagar en persona en Jefferson Health Plans, 1101 Market Street, Suite 3000, Philadelphia, PA 19107, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., excepto los días feriados. Los cheques deben hacerse a nombre de Jefferson Health Plans. No podemos aceptar cheques a nombre de los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS) o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS).

Opción 2: Pago por transferencia electrónica de fondos

Puede optar por que su pago se deduzca mensualmente de su cuenta corriente o caja de ahorros. Usted es responsable de tener fondos suficientes en su cuenta en la fecha programada para la deducción automática.

Si selecciona esta opción, deberá proporcionarnos la información de la cuenta aplicable y su autorización para la deducción automática.

Opción 3: Pago telefónico

Los pagos recurrentes únicos se pueden realizar desde una cuenta bancaria o una tarjeta Visa, Mastercard o de débito. Llame al 1-833-915-1450 para configurar su cuenta en nuestro sistema de pago por teléfono operado por TD Bank. Tenga a mano su número de miembro, así como su número de teléfono e información de pago. Después de configurar su cuenta, llame al 1-833-496-7200 en cualquier momento y siga las indicaciones para programar pagos.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Opción 4: Descuento de la con la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Servicio para Miembros para obtener más información acerca de cómo pagar su prima mensual de esta manera. Nos complacerá ayudarlo con este tema.

Cómo cambiar la forma en que paga la prima del plan.

Si decide cambiar la opción con la que paga la prima del plan, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, debe asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame al Servicio para Miembros y le enviaremos un formulario que deberá completar y firmar para autorizar el cambio. (Los números telefónicos del Servicio para Miembros aparecen en la contraportada de este documento).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan vence en nuestras oficinas el primer día de cada mes. Si no hemos recibido su pago antes del el plan primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le informará que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos el pago de la prima del plan dentro de un plazo de 90 días. Si se le solicita que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el Servicio para Miembros y consulte si le podemos recomendar programas que lo ayuden con los costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la prima del plan, usted conservará la cobertura de Original Medicare. Además, no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el periodo de inscripción anual. (Si permanece sin cobertura de medicamentos válida por más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, nos seguirá debiendo las primas que no haya pagado. Tenemos derecho a solicitar el cobro de las primas que adeude.

Si cree que cancelamos su membresía por error, usted puede presentar un reclamo (también conocido como queja). Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar un reclamo.

Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y esto provocó que no pudiera pagar la prima de su plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar un reclamo. Para los reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En el Capítulo 9, Sección 10 de este documento encontrará información sobre cómo presentar un reclamo, o puede llamarnos al 1-866-901-8000 del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo anticiparemos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero próximo.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si usted comienza a ser elegible para participar en el programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) para afrontar los costos de los medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) pagará parte de la prima mensual del plan que le corresponde al miembro. Un miembro que pierda la elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de su membresía del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red de nuestro plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos, y los montos de la distribución de costos.** Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número telefónico.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si usted enfrenta una reclamación por responsabilidad, como una reclamación por un accidente automovilístico.
- Si fue admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red o en una sala de emergencias.
- Si su responsable designado (por ejemplo, su cuidador) cambia.
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** Usted no tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, háganoslo saber llamando al Servicio para Miembros.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información sobre usted y sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que posea. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta en la que se enumeran las otras coberturas médicas o de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se encuentra en la lista, llame al Servicio para Miembros. Es posible que sus otras aseguradoras le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina pagador primario y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar se denomina pagador secundario y solo paga si quedaron costos que el pagador primario no cubrió. El pagador secundario puede no pagar todos los costos que no se cubrieron. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital o farmacia.

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

- Si tiene cobertura de un grupo de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de la edad que usted tenga, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o un miembro de su familia siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero, siempre y cuando el empleador tenga 100 empleados o más, o cuando al menos uno de los empleadores en un plan de múltiples empleadores tenga más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años, y usted o su cónyuge o pareja siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero, siempre y cuando el empleador tenga 20 empleados o más, o cuando al menos uno de los empleadores en un plan de múltiples empleadores tenga más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haberse vuelto elegible para Medicare.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación para trabajadores.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Estos pagan únicamente después de que haya pagado Medicare, el plan de salud de grupo del empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Servicio para Miembros)

Cómo comunicarse con el Servicio para Miembros de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones, la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Servicio para Miembros de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicio para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. El Servicio para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Attn: Member Relations Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o presente una apelación relacionada con su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones relacionadas con su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con la atención médica: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	215-849-7096
ESCRIBA A	Attn: Medical Management Dept. Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Método	Decisiones de cobertura relacionadas con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-371-3239
ESCRIBA A	Attn: Pharmacy Department Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Método	Apelaciones relacionadas con la atención médica: información de Contacto
LLAME AL	1-866-901-8000

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Apelaciones relacionadas con la atención médica: información de Contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	215-849-7096
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	215-991-4105
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre su atención médica

Usted puede presentar un reclamo acerca de nosotros o de uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

las disputas por motivos de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo relacionado con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	215-849-7096
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Reclamos sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477 Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamar los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamar de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	215-991-4105

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Reclamos sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRIBA A	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

Dónde enviar una solicitud que nos pida que paguemos nuestra participación en el costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto
ESCRIBA A	Attn: Member Claims Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
TTY	1-877-454-8477

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Attn: Pharmacy Department Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

SECCIÓN 2 Medicare

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones Medicare Advantage, lo que nos incluye.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o al 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 Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.Medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. En este recurso se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales relacionados con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de servicios médicos a domicilio y centros de diálisis. Incluye

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
	documentos 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 su elegibilidad para recibir Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: ofrece información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>cálculo</i> de los posibles gastos de bolsillo de los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier reclamo que usted tenga en relación con Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO): • Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene una computadora, en la biblioteca local o en los centros para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. O puede llamar a Medicare e indicarles qué información está buscando. Allí encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Pennsylvania, el SHIP se llama Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight.

Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight es un programa estatal independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni con un plan de salud) financiado por el gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas que tienen Medicare.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Los asesores de Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight también pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare y a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare, además responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.shiphelp.org (Haga clic en SHIP LOCATOR [BUSCADOR DE SHIP] que se encuentra en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight: información de contacto
LLAME AL	1-800-783-7067 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
SITIO WEB	www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para asistir a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Pennsylvania, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Considera que el período de cobertura por su estadía hospitalaria finalizará demasiado pronto.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

- Considera que la cobertura para la atención médica a domicilio, los servicios en centros de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta - Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Pennsylvania: información de contacto
LLAME AL	1-888-396-4646 Las llamadas a este número son gratuitas. Días de semana: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y feriados: de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-888-985-2660 Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales de 65 años o más que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones son elegibles para Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponde.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene ingresos más elevados. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre dicho monto, o si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social: información de contacto
	Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado federal y del gobierno estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para recibir Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

Beneficiario calificado de Medicare (QMB): ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros montos de la distribución de costos (como los deducibles, los coseguros y los copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).

Beneficiario de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB): ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).

Persona calificada (QI): ayuda a pagar las primas de la Parte B.

Personas discapacitadas y empleados calificados (QDWI): ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Pennsylvania Department of Human Services.

Método	Pennsylvania Department of Human Services: información de contacto
LLAME AL	1-800-692-7462

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Pennsylvania Department of Human Services: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.
TTY	1-800-451-5886 Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Pennsylvania Department of Human Services P.O. Box 2675 Harrisburg, PA 17105-2675
SITIO WEB	www.dhs.pa.gov

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) encontrará información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare

Medicare ofrece una “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tengan ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si cumple los requisitos, usted recibirá ayuda para pagar su prima mensual del plan de medicamentos Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Esta “Ayuda Adicional” (Extra Help) también se tiene en cuenta para los gastos de bolsillo.

Si tiene derecho automáticamente a recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar los costos y las primas de los medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- a la oficina estatal de Medicaid en su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si usted cree que califica para la “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cree que está pagando un monto en participación en los costos incorrecto cuando surte su receta en una farmacia, nuestro plan cuenta

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencias de su nivel de copago, o si ya cuenta con evidencia, hacémosla llegar.

- Para obtener ayuda con el fin de obtener la mejor evidencia disponible, llame al Servicio para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). Si ya tiene esta información, envíe una copia a:

Attn: Member Relations
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta en la farmacia. Si paga un monto superior al del copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque con la diferencia o compensaremos dicha diferencia en copagos futuros. Si la farmacia no recibió el copago de su parte y dicho copago figura como no pagado, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Comuníquese con el Servicio para Miembros si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional (Extra Help) y cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las primas del plan de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP), la Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tiene Ayuda Adicional (Extra Help) y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas con HIV/SIDA que son elegibles para acceder al programa a tener acceso a los medicamentos contra el HIV que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por la lista de medicamentos del ADAP son elegibles para recibir ayuda con la distribución de costos de los medicamentos recetados a través de Special Pharmaceutical Benefit Program (SPBP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia estatal y la condición de HIV, bajos ingresos según lo defina el estado, y condición de no asegurado o subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su encargado de inscripciones locales del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-922-9384.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP): información de contacto
LLAME AL	1-800-922-9384 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Department of Health Special Pharmaceutical Benefits Program P.O. Box 8808 Harrisburg, PA 17105-8808
SITIO WEB	www.health.pa.gov/topics/programs/HIV/Pages/Special-Pharmaceutical-Benefits.aspx

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados cuentan con Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a ciertas personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad o su condición médica. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Pennsylvania, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE).

Método	Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE): información de contacto
LLAME AL	1-800-225-7223 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly (PACE) P.O. Box 8806 Harrisburg, PA 17105
SITIO WEB	www.aging.pa.gov/aging-services/prescriptions/Pages/default.aspx

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce**

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

los costos de sus medicamentos. La “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-855-582-2023 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Además, el Servicio a Miembros ofrece los servicios gratuitos de un interpretación para las personas que no hablen inglés.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Jefferson Health Plans Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicareprescriptionpaymentplan

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe los servicios de Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios por parte de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, podrá hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, podrá acceder a la Línea de Ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Para comunicarse con este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal o algún otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja) recibe beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja). (Los números telefónicos del Servicio para Miembros aparecen en la contraportada de este documento). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare de este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener cobertura para su atención médica. También se ofrecen definiciones de términos y se explican las normas que tendrá que seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, los equipo, los medicamentos recetados y cualquier otra atención médica que estén cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga cuando obtiene esta atención, use el cuadro de beneficios en el Capítulo 4, (*Cuadro de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*).

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

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud a los que el estado autoriza para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye a los hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores dentro de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su distribución de costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando usted consulta a un proveedor dentro de la red, paga solo su parte del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipo y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se incluyen en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan

Al ser un plan de salud de Medicare, Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) debe cumplir con las normas de cobertura y cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare.

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) cubrirá generalmente su atención médica siempre y cuando suceda lo siguiente:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted recibe la atención de un proveedor que es elegible para prestar servicios conforme a Original Medicare.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de proveedores

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

dentro y fuera de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo).

- Los proveedores dentro de nuestra red se encuentran enumerados en el *Directorio de Proveedores y Farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.
- Si usa a un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores dentro y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Puede elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise la atención médica que usted recibe
--

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

- Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico u otro profesional de la salud que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica.
- Su PCP suele ser un médico, pero puede ser un asistente médico o un miembro especializado del personal de enfermería.
- Su PCP se ocupa de la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina y también le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye radiografías, análisis de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, admisiones hospitalarias y atención de seguimiento.
- La coordinación de sus servicios incluye la comprobación o consulta con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va.
- En algunos casos, su PCP necesitará obtener autorización previa (aprobación por adelantado) para ciertos servicios médicos. Su PCP es responsable de trabajar con Jefferson Health Plans para obtener autorización previa. Dado que su PCP le proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige a su PCP?

Puede elegir a su PCP cuando se inscriba en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) e ingrese el nombre de ese PCP y el número de proveedor en su formulario de inscripción. No es obligatorio que elija un PCP. Puede utilizar su *Directorio de proveedores y farmacias* para elegir a su PCP. Para obtener la información más actualizada, busque proveedores participantes utilizando nuestro

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

directorio en línea en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llamando al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477).

Cómo cambiar a su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, su PCP podría dejar nuestra red de proveedores y usted tendría que encontrar un nuevo PCP o pagará más por los servicios cubiertos.

Para cambiar a su PCP, simplemente llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY: 1-877-454-8477). Ellos se asegurarán de que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes. El Servicio para Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP, le informará cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP y solicitará una tarjeta de identificación de reemplazo que muestre la información de su nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Servicio para Miembros. Para solicitar una tarjeta de identificación nueva o de reemplazo, visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Haga clic en Member Portal (Portal para miembros) en la parte superior de la página.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?
--

Usted puede recibir los servicios que se detallan a continuación sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales.
- Inyecciones (o vacunas) contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro y fuera de la red.
- Servicios requeridos urgentemente cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado el tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con quien el plan contrata. Los ejemplos de servicios requeridos urgentemente incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias que hace al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando usted se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera provisoria, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisoria. La distribución de costos que usted paga por diálisis en el plan nunca pueden exceder el monto de la distribución de costos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible de manera provisoria y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con cardiopatías.
- Los ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

No se requiere una remisión de su PCP para las visitas a especialistas. Por lo general, su PCP coordinará otros servicios de atención médica que pueda necesitar, como análisis de laboratorio y radiografías. Ciertos servicios requieren autorización previa. El plan debe aprobar estos servicios antes de que se brinden, o no los pagaremos. Su PCP u otro proveedor del plan es responsable de obtener la autorización previa. (Un miembro puede solicitar autorización previa, pero necesitaremos información clínica de su proveedor para aprobar una solicitud). Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

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

Es posible que hagamos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le avisaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si tiene asignado a dicho proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si usted se encuentra en tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual tiene el derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y trabajaremos con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor que administre su atención.
- Si cree que no le asignamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que este no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de tratarlo, salvo en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser más alta**. Aquí le presentamos otros datos importantes que se deben tener en cuenta al utilizar proveedores fuera de la red:

- Usted puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para verificar que es elegible para participar en Medicare.
- No es necesario que obtenga una remisión ni una autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, es conveniente que solicite una decisión de cobertura antes de la consulta para confirmar que los servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura, consulte la Sección 9 del Capítulo 4). Esto es importante por lo siguiente:

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si no cuenta con una decisión de cobertura antes de la consulta y más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9(*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo*).
- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que primero le facture al plan. Pero, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar por los servicios cubiertos. O, si un proveedor fuera de la red le envía una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, puede enviarnosla para que realicemos el pago. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer si recibe una factura o si necesita solicitar un reembolso.
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para recibir atención de emergencia, servicios de requeridos urgentemente o servicios de diálisis fuera del área de servicio, es posible que no deba pagar un monto de distribución de costos más alto. Para obtener más información sobre estas situaciones, consulte la Sección 3.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica
--

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

Una **emergencia médica** sucede cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame una ambulancia si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión del PCP. No es necesario que acuda a un médico dentro de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.**

Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. La información de contacto se puede encontrar en el Capítulo 2 y en la contraportada de este documento.

¿Qué es lo que está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán el momento en el que su condición sea estable y concluya la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su afección se mantenga estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros a fin de planificar atención adicional. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento.

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, es posible que pague la distribución de costos más alta fuera de la red.

¿Qué sucede si no era una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría consultar por una atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que no era una emergencia médica después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya sido razonable que usted considere que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores dentro o fuera de la red. Si recibe la atención de proveedores de la red, su parte del costo será, generalmente, menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando necesita servicios requeridos urgentemente**¿Qué son los servicios requeridos urgentemente?**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dado el tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de la red. proveedores con los que el plan tiene contrato. Los ejemplos de servicios urgentemente necesarios incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias que hace al

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Para recibir atención requerida urgentemente cuando el consultorio de su PCP esté cerrado, llame al consultorio de su PCP. A menos que se le indique lo contrario cuando llame, deje un mensaje que incluya su nombre y un número donde podamos localizarlo.

Su PCP, u otro médico que esté de guardia, le devolverá la llamada y le brindará ayuda o lo derivará a un proveedor o centro de atención de urgencia para recibir tratamiento. Si tiene problemas para comunicarse con su PCP fuera del horario de atención, también puede llamar al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY: 1-877-454-8477) para obtener ayuda. También puede visitar un centro de atención de urgencia o una clínica sin cita previa. Visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare para obtener una lista de centros de atención de urgencia dentro de la red.

Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Consulte el Capítulo 4 para más información.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre
--

Si el gobernador de su estado, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., o el Presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.JeffersonHealthPlans.com/medicare para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

Si no puede utilizar un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con la misma distribución de costos que si estuviera dentro de la red. Si usted no puede utilizar una farmacia dentro de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

SECCIÓN 4 Cómo proceder si recibe la factura directamente por los costos totales de los servicios

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

Si el monto de la distribución de costos que pagó es mayor que el monto de la distribución de costos por los servicios cubiertos de su plan o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), donde obtendrá más información sobre cómo proceder en estos casos.

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

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para servicios cubiertos que tienen limitaciones de beneficios, usted también paga el costo completo de cualquier servicio que obtenga posterior a la utilización total de su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que usted paga por los servicios una vez que alcanzó el límite de beneficios no contarán para el monto máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5

Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, se solicitan voluntarios para participar en estos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted expresa interés en participar, una persona que trabaje en él se comunicará con usted para proporcionarle más detalles sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el mismo.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar la distribución de costos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó la distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise ni que el plan o su PCP lo aprueben. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros de Medicare Advantage por Original Medicare, sugerimos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* aprobó, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?
--------------------	--

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre las pruebas de rutina y los servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre otros, los siguientes:

- Comida y alojamiento por una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participara de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones resultantes de la atención nueva.

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre la distribución de costos de Original Medicare y su distribución de costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted paga el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que pagaría si hubiese recibido los servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el monto de la distribución de costos que pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona la distribución de costos: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría los \$20 de copago que se requieren de conformidad con Original Medicare. Luego, usted debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y enviar la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación correspondiente, como una factura del proveedor.

Cuando sea parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo enumerado a continuación:**

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Generalmente, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando, a menos que Medicare lo hubiera cubierto, incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no usados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiere solo una.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?
--------------------	---

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para una afección que, normalmente, se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va en contra de la creencia religiosa de un miembro, le proporcionaremos cobertura para atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud por motivos no médicos).

Sección 6.2	Obtener atención médica en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud
--------------------	---

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que esté “no excluido”.

- La atención o el tratamiento médico no excluido es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no es obligatorio* según ninguna ley federal, estatal o local.
- Un tratamiento médico excluido es la atención o el tratamiento médico que reciba que *no* sea voluntario o que *sea obligatorio* según una ley federal, estatal o local.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Para que nuestro plan cubra la atención que reciba de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, la atención debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a aspectos no religiosos de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
 - debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o la atención en un centro de enfermería especializada;
 - –y– debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Nuestros límites habituales de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados se aplican a la atención hospitalaria recibida en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Consulte el cuadro de beneficios en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero luego de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?
--------------------	---

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital indicados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre adquirirá la propiedad de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, hablaremos sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), generalmente no podrá adquirir la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el elemento mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame al Servicio para Miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de haber cambiado a Original Medicare para tener la posesión del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscripto en su plan no cuentan.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del elemento.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscripto en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estaba en él. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del elemento una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2	Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno
--------------------	---

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

Si abandona Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto.

¿Qué sucede si usted deja su plan y luego vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, por lo cual debe realizar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de Beneficios Médicos (qué
está cubierto y qué debe pagar)*

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de bolsillo para servicios cubiertos

En este capítulo se incluye un Cuadro de Beneficios Médicos en el que se enumeran los servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos

Para entender la información sobre los pagos que le damos en este capítulo, necesita conocer los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos.

- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que recibe un determinado servicio médico. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted pagará un coseguro en el momento en que reciba el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deberán pagar deducibles, copagos, ni coseguros. Si corresponde, asegúrese de mostrar a su proveedor un comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

En nuestro plan existen dos límites diferentes que se aplican a los gastos de bolsillo que debe pagar por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red** es \$6,000. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare que recibe de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de bolsillo dentro de la red). Una vez que haya pagado \$6,000 por servicios cubiertos de las Partes A y la Parte B recibidos de proveedores dentro de la red, no deberá pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero la pague la prima de la Parte B por usted).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo combinado** es \$9,000. Es el monto máximo que usted paga durante un año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo combinado. (Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Una vez que haya pagado \$9,000 por los servicios cubiertos, tendrá cobertura del 100% y no deberá pagar ningún gasto de bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero la pague la prima de la Parte B por usted).

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

Como miembro de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), una protección importante para usted es que solo debe pagar su monto de distribución de costos cuando obtiene servicios que cubre nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, llamados **facturación de saldo**. Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos al proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su distribución de costos es un copago (un monto fijo en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo pagará ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red. Generalmente, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si la distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes.
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el monto de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le facturó un saldo, llame al Servicio para Miembros.

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de Beneficios Médicos* para saber qué servicios tiene cubiertos y cuánto pagará

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

En el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas se enumeran los servicios que Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) cubre y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados cubiertos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben proporcionarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar, o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan MA puede no requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si este corresponde a un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos como si fueran servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra autorización previa (a veces denominada autorización previa) de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO).
 - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para tener cobertura como servicios Cuadro de Beneficios Médicos.
 - No necesita obtener aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

Si bien no necesita obtener aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.

Otra información importante sobre nuestra cobertura:

- En el caso de los beneficios en los que el monto de la distribución de costos es un porcentaje de coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor del cual recibe los servicios:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y el plan).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes.
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubra. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En otros casos, usted pagará *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos del Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted para 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo de acuerdo con Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si además de recibir el servicio preventivo durante la visita le brindan tratamiento o le realizan un control por una afección médica existente, se aplicará un copago por la atención que recibió por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, o Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única prueba de detección por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe un referido de su médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de acupuntura Hasta 20 visitas de acupuntura cubiertas anualmente para cualquier propósito de tratamiento. (Este beneficio es adicional al beneficio cubierto por Medicare a continuación).	Dentro y fuera de la red \$10 de copago por cada tratamiento de acupuntura.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los beneficiarios de Medicare tienen cubiertas hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como un dolor que: • dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda crónico al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/enfermeros especialistas clínicos (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el distrito de Columbia.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago para tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja (continuación) El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en el Título 42, Secciones §§ 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (CFR).	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto para situaciones de emergencia como para situaciones que no lo son, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. El beneficio de ambulancia de Medicare es un beneficio de transporte y, sin transporte, cualquier tratamiento recibido no está cubierto por la cobertura de este plan. Cualquier costo asociado a dicho tratamiento será responsabilidad del miembro. Cuando respondan varios proveedores de ambulancias terrestres o aéreas, el pago se podrá realizar únicamente al proveedor de ambulancia que realmente proporcione el transporte. <i>Se requiere autorización previa para viajes en ambulancia terrestre o aérea que no sean de emergencia.</i> <i>No se requiere autorización previa para transportes a centros de salud conductual.</i>	Dentro \$225 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre de ida solo cubierto por Medicare 20% de coseguro por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Esta distribución de costos no se aplica si usted es lo admiten en el hospital. Fuera de la red \$250 de copago de por cada servicio de ambulancia terrestre de ida o vuelta cubierto por Medicare.
Examen físico anual Tiene cobertura para un examen físico de rutina por año. Este examen incluye servicios de laboratorio de detección según sea necesario.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por cada examen físico anual.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Visita anual de bienestar Si hace más de 12 meses que tiene la Parte B, puede recibir una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su estado de salud y factores de riesgo actuales. La misma está cubierta una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita preventiva anual no puede realizarse dentro de los primeros 12 meses desde su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> . Sin embargo, no es necesario que se le haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para que las visitas anuales preventivas después de tener la Parte B por más de 12 meses estén cubiertas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
 Examen de densitometría ósea Para las personas que reúnen los requisitos (en general, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: los procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad del hueso, incluyendo la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No hay coseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de mamas (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No hay coseguro, copago o deducible para las mamografías cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están	Dentro y fuera de la red

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación) cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y que tienen una orden del médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensa que por lo general son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
 Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) Cubrimos una visita por año con su médico de cabecera para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y proporcionarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo intensivo de terapia del comportamiento y enfermedad cardiovascular.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anormalidades asociadas al alto riesgo de tener enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago o deducible por pruebas de enfermedad cardiovascular que se cubre una vez cada 5 años.
 Pruebas de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos tienen cobertura una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad reproductiva y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. Usted tiene cobertura para hasta 6 visitas por año para servicios quiroprácticos de rutina. <i>Se requiere autorización previa para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</i> <i>No se requiere autorización previa para los servicios quiroprácticos de rutina.</i>	Dentro y fuera de la red \$15 de copago por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare por subluxaciones (cuando uno o más huesos de la columna se salen de su posición). \$20 de copago por cada visita de rutina al quiropráctico.
 Examen de detección del cáncer colorrectal Los siguientes servicios están cubiertos: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excepto los enemas de bario, para los cuales se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección podría resultar en un servicio o procedimiento que esté sujeto a un copago por servicios médicos, servicios hospitalarios ambulatorios o un centro quirúrgico ambulatorio. Usted paga \$250 de copago por una visita al hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare o \$150 para una visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Examen de detección del cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, en la actualidad Medicare paga por algunos servicios dentales en circunstancias limitadas, principalmente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios dentales preventivos: • Exámenes bucales: limitado a 3 exámenes bucales cada año. • Profilaxis (limpieza): limitada a 3 limpiezas cada año. • Radiografías dentales: limitadas a 1 visita cada año. Servicios dentales cubiertos por Medicare Servicios dentales integrales complementarios: \$2,000 de monto máximo de cobertura del plan para servicios dentales integrales complementarios que incluyen lo siguiente:	Dentro de la red \$0 de copago para todos los servicios dentales preventivos. \$20 de copago para servicios dentales cubiertos por Medicare. \$0 de copago para todos los servicios dentales integrales complementarios. Fuera de la red 50% de coseguro para todos los servicios dentales preventivos. 50% de coseguro para todos los servicios dentales integrales complementarios.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios dentales (continuación) • servicios de diagnóstico; • servicios de restauración; • endodoncia; • periodoncia; • extracciones; • prostodoncia; • cirugía bucal/maxilofacial. <i>Se necesita una autorización previa para los servicios complementarios.</i>	
 Prueba de detección de la depresión Cubrimos un examen de detección de la depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de la depresión.
 Prueba de detección de la diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Es posible que las pruebas también tengan cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulino dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para medir la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros. (La cantidad de tiras reactivas está limitada a 150 para un suministro de 30 días y a 500 para un suministro de 100 días) • Para las personas con diabetes con casos graves de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que se entregan con los zapatos) por año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con prótesis y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. <i>Se requiere autorización previa para los suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos.</i>	Dentro y fuera de la red 0% de coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos. 20% coseguro por suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos. 20% de coseguro para todos los demás suministros para diabéticos cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. \$0 de copago para capacitación para el autocontrol de la diabetes.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento de <i>Evidencia de Cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). En	Dentro y fuera de la red 20% de coseguro para DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Su distribución de costos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20% cada año. Su distribución de costos no cambiará después de estar

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) la lista encontrará información sobre las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. Esta lista actualizada de marcas, fabricantes y proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Por lo general, Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) cubre cualquier DME de las marcas y fabricantes de esta lista cubierto por Medicare Original. No cubriremos marcas de otros fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que esa marca es apropiada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) y usa una marca de DME que no se encuentra en nuestra lista, seguiremos cubriendo el uso de esta marca por 90 días. Durante este tiempo, usted debe hablar con su médico para decidir qué marca será médicamente apropiada para usted después de este periodo de 90 días. (Si está en desacuerdo con su médico, puede solicitarle una remisión para obtener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, podrán presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si está en desacuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es más apropiada para su afección médica. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o reclamo decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos</i>). <i>Se requiere autorización previa para ciertos DME y para el alquiler de todos los de DME.</i>	inscrito en el plan durante 36 meses.
Atención médica de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.	Dentro y fuera de la red \$100 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. No hay el copago si ingresa en el mismo centro dentro de las

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Atención médica de emergencia (continuación) Una emergencia médica sucede cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente. La distribución de costos para los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es la misma que para los servicios que se proporcionan dentro de la red. Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte el apartado “Cobertura mundial de emergencia/urgencia” a continuación en este Cuadro de Beneficios Médicos.	24 horas siguientes por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabilice su condición de emergencia, debe trasladarse a un hospital dentro de la red para pagar el monto de la distribución de costos dentro de la red por la parte de su estadía después de que lo estabilicen. Si su estadía hospitalaria es en un hospital fuera de la red, esta estará cubierta, pero usted pagará la distribución de costos fuera de la red por la parte de la estadía hospitalaria después de su estabilización.
 Programas de educación sobre salud y bienestar Programa de acondicionamiento físico El beneficio de acondicionamiento físico brinda acceso a una membresía anual de SilverSneakers®, el programa de ejercicios líder en el país diseñado exclusivamente para adultos mayores. Utiliza una combinación única de actividades físicas y sociales con el objetivo de capacitar a los participantes para que tomen el control de su salud. Los miembros de SilverSneakers tienen acceso abierto a una red de gimnasios de casi 16,000 ubicaciones destinadas al acondicionamiento físico y pueden unirse simultáneamente a varias ubicaciones dentro del mismo mes. Los miembros pueden optar por una membresía en el Centro Kroc del Ejército de Salvación de Filadelfia en lugar de	\$0 de copago por cada membresía de SilverSneakers o membresía del Centro Kroc del Ejército de Salvación de Filadelfia

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) SilverSneakers®. Para seleccionar esta opción, comuníquese con el Servicio para Miembros.	
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico para la audición y el equilibrio que realiza su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. - Exámenes de audición de rutina: limitado a 1 visita cada año - Audífonos: con cobertura de hasta \$1,000 (ambos oídos combinados) cada dos años	Dentro de la red \$20 de copago para servicios de audición cubiertos por Medicare. Es posible que se aplique adicionalmente un copago de especialista si los servicios se brindan durante una visita a un especialista. \$0 de copago para exámenes de audición de rutina. Fuera de la red \$0 de copago para audífonos.
 Prueba de detección del HIV Para las personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen un mayor riesgo de contraer infección por el HIV, cubrimos lo siguiente: - Un examen de detección cada 12 meses. Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos lo siguiente: - Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventivo del HIV cubierto por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, su médico debe certificar que usted realmente necesita dichos	Dentro y fuera de la red

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Agencia de atención médica a domicilio (continuación) servicios y le solicitará a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde sus servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que quiere decir que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de un asistente de atención médica a domicilio y de enfermería especializada, a tiempo parcial o en forma intermitente (para estar cubierto con el beneficio de atención médica a domicilio, la combinación de los servicios de enfermería especializada y del asistente de atención médica a domicilio debe ser inferior a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0 de copago para atención médica a domicilio cubierta por Medicare.
Terapia de infusiones en el hogar El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • El entrenamiento y la capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago para servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para medicamentos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Terapia de infusiones en el hogar (continuación) <i>Se requiere autorización previa.</i>	
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla, o sobre los cuales tiene una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Servicios de atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del mismo. <u>Para servicios de centros de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que estén relacionados con un diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará por los servicios al proveedor de servicios paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios que paga Original Medicare. A usted se le facturará la distribución de costos de Original Medicare. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad</u>	

Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativo certificado por Original Medicare, es Original Medicare y no Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) quien paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Cuidados paliativos (continuación) <u>terminal</u>: Si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo que pagará por estos servicios dependerá de que use un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan y cumpla normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red y cumple con las normas del plan para recibirlos, usted solamente paga el monto de la distribución de costos del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido del plan para servicios fuera de la red. <u>Para los servicios cubiertos por Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare</u>: Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, más allá de que estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto de la distribución de costos del plan por estos servicios. <u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan</u>: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga la distribución de costos. Si están relacionados con su afección terminal, usted paga la distribución de costos de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el beneficio de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información consulte el Capítulo 5, Sección 9.4, <i>(Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare)</i>. Nota: Si necesita atención convencional (atención que no está relacionada con su diagnóstico terminal), comuníquese con nosotros para que organicemos los servicios.	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen lo siguiente: • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer dicha enfermedad. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en función de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener información adicional.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio.	Dentro y fuera de la red \$425 de copago por estadía para atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare. Un traslado a un tipo de instalación separada (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de atención a largo plazo) se considera una nueva admisión. Se requiere autorización previa para todas las admisiones electivas de pacientes hospitalizados. Todas las demás admisiones serán revisadas para

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión a cargo de un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que determine si usted es candidato para dicho procedimiento. • Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura de análisis de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza exclusivamente a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar sangre tanto usted como otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta. • Servicios del médico. Nota: Para ser paciente hospitalizado, el proveedor debe realizar una orden por escrito para que lo admitan de manera formal como paciente hospitalizado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en el sitio web en https://es.medicare.	

determinar la necesidad y autorización médica.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación) gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de 190 días de duración para los servicios destinados a pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. <i>Se requiere autorización previa.</i>	Dentro y fuera de la red \$400 de copago por día durante los días para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. de copago por día durante los días para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$800 de copago por día por cada día de reserva de por vida. Tiene cobertura para 60 días de reserva de por vida. El plan cubre 90 días por estadía hospitalaria como paciente internado. Se aplica una distribución de costos por cada estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados (cada vez que ingresa en el hospital).
Estadías hospitalarias para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados no cubierta Si ya agotó sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados no es razonable ni necesaria, no cubriremos dicha estadía. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por cada visita a un médico de atención primaria cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Estadías hospitalarias para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados no cubierta (continuación) enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Aparatos ortopédicos para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y prótesis para las piernas, los brazos y los ojos; incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios por rotura, uso, pérdida o un cambio en las condiciones físicas del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. <i>Se requiere autorización previa para ciertas pruebas de diagnóstico y para prótesis y servicios de terapia física, del habla y ocupacional.</i>	\$0 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare \$0 de copago por día para procedimientos de diagnóstico y análisis cubiertos por Medicare. \$0 de copago por día para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$35 de copago para radiografías cubiertas por Medicare. \$200 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico (como CT, MRI). 20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para prótesis y suministros médicos cubiertos por Medicare. \$20 de copago para cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes con diabetes, enfermedades renales (del riñón, pero que no se realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico.	No hay coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Terapia de nutrición médica (continuación) Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita el tratamiento el siguiente año calendario.	terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el objetivo de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos cuentan con cobertura de la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, por lo general, el paciente no puede autoadministrarse y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).	Dentro y fuera de la red 20% de coseguro para medicamentos de la Parte B. El mínimo, dentro de este rango, refleja los servicios cubiertos por Medicare relacionados con los servicios que se prestan para la administración de una terapia o medicamento, como los servicios profesionales, incluidos los servicios de

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Otros medicamentos que se administran por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), un medicamento contra el Alzheimer que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no lo hace. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, sufrió una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención, mientras que el máximo, dentro de este rango, refleja el coseguro de los medicamentos de infusión domiciliaria cubiertos por Medicare u otros medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (que se están administrando), con excepción de las insulinas de la Parte B, que tienen una distribución de costo máxima de \$35. Usted pagará un máximo de \$35 por un mes (30 días) de suministro de insulina siempre que lo compre en una farmacia dentro de la red.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)	
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D lo hará. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago para ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Procrit® o Epoetin Alfa o Retacrit®). • Concentrado intravenoso de inmunoglobulinas para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda).	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Los medicamentos descritos en los puntos anteriores “Medicamentos que normalmente no se autoadministran” y “Agentes estimulantes de la eritropoyesis” pueden estar sujetos a terapia escalonada. El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/prescription-drugs/step-therapy/. También cubrimos algunas vacunas según nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, que incluye las normas a seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6. <i>Se requiere autorización previa.</i>	
 Prueba de detección de la obesidad y terapia para favorecer la pérdida estable de peso Si usted presenta un índice de masa corporal de 30 o más, incluimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Comuníquese con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de la obesidad y los tratamientos preventivos. Los medicamentos que se utilizan para tratar la obesidad están excluidos de la cobertura.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan que sufren de trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:	Dentro y fuera de la red \$20 de copago para servicios del tratamiento de opioides.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios del programa de tratamiento de opioides (continuación) • Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU. • Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre los trastornos por uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Radioterapia (con isótopos y radio), que incluye los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura de análisis de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza exclusivamente a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar sangre tanto usted como otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias. <i>Se requiere autorización previa.</i>	Dentro y fuera de la red \$0 de copago para procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$35 de copago para radiografías cubiertas por Medicare. \$200 de copago para servicios radiológicos de diagnóstico (como CT, MRI). 20% de coseguro para servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se proporcionan para determinar si necesita que lo admitan como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, estos deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente hospitalizado en el hospital, a usted se lo considera un paciente ambulatorio y pagará los montos de la distribución de costos por servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser considerado un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Dentro y fuera de la red \$250 de copago por estadía para servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted obtiene en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamientos de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Dentro y fuera de la red \$250 de copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio facturados por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente hospitalizado en el hospital, a usted se lo considera un paciente ambulatorio y pagará los montos de la distribución de costos por servicios hospitalarios de pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser considerado un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$150 de copago por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional	Dentro y fuera de la red \$20 de copago por cada visita de salud mental para pacientes

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación) autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes aplicables del estado. <i>Es posible que se requiera autorización previa para servicios distintos de la consulta inicial, la terapia ambulatoria de rutina y las visitas de administración de medicamentos.</i>	ambulatorios cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). <i>Se requiere autorización previa.</i>	Dentro y fuera de la red \$20 de copago por cada visita de rehabilitación para pacientes ambulatorios.
Servicios de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Los servicios cubiertos incluyen visitas individuales y grupales para pacientes ambulatorios destinadas al tratamiento de trastornos consumo de sustancias.	Dentro y fuera de la red \$20 copago por cada visita de tratamiento individual o grupal.
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria Nota: Si van a realizarle una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor lo considerarán como un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor otorgue una orden por escrito para que lo admitan como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de la distribución de costos correspondientes a la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital	Dentro y fuera de la red \$150 de copago por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. \$250 de copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (continuación) durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. La distribución de costos que se muestra es para el centro. También se pueden aplicar costos compartidos de especialistas u otros profesionales de atención médica. <i>Se requiere autorización previa.</i>	
Artículos de venta libre (OTC) El plan cubre hasta \$165 cada 3 meses para la adquisición de artículos de venta libre elegibles. Los importes no utilizados no se pueden transferir de un trimestre a otro. Los trimestres se definen como los periodos del 1 de enero al 31 de marzo, del 1 de abril al 30 de junio, del 1 de julio al 30 de septiembre y del 1 de octubre al 31 de diciembre. Para obtener más detalles, comuníquese con el Servicio para Miembros.	\$0 de copago por cada artículo OTC elegible.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario pacientes ambulatorios o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que se recibe de parte de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o en el consultorio de un consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la hospitalización. El servicio ambulatorio intensivo un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) que se proporciona en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en su consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT)	Dentro y fuera de la red \$70 de copago por día para cada servicio de hospitalización parcial cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación) o consultorio de un consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. <i>Se requiere autorización previa.</i>	
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que se prestan en el consultorio de un médico, en un centro de cirugía ambulatoria certificado, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP si su médico lo solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los siguientes: servicios de médicos de atención primaria; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios especializados en salud mental; sesiones individuales para servicios psiquiátricos. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por este medio. ◦ Los servicios se pueden brindar a través de conferencias de audio y video en computadoras portátiles, tabletas, teléfonos inteligentes u otros dispositivos similares. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo las consultas, el diagnóstico y los tratamientos que brinda un médico o proveedor médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por cada visita al médico de atención primaria o servicio de telesalud cubierto por Medicare con un médico de atención primaria. \$20 de copago por cada visita a un especialista o servicio de telesalud con un especialista cubierto por Medicare. \$20 de copago por cada sesión de psiquiatría o especializada en salud mental individual cubierta por Medicare, en persona o por telesalud. Es posible que se aplique una distribución de costos adicional si se reciben otros servicios durante las visitas al consultorio del médico. Nota: No se requiere autorización previa para el proceso de telesalud. Sin embargo, los servicios para los que se requiere autorización para visitas en persona

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para los miembros que reciben diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal hospitalario o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ◦ Usted asiste a una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Usted asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, <u>si se cumplen las siguientes condiciones:</u> ◦ usted no es un paciente nuevo; y ◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días; y ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se evaluará el video o las imágenes que le envíe a su médico, quien interpretará dicho material y le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas <u>en los siguientes casos:</u> ◦ usted no es un paciente nuevo; y	

(incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se brindan a través de telesalud.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días; y ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o en la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, Internet o a través de los registros electrónicos de salud. • Segunda opinión anterior a una cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, consolidación de fracturas de la mandíbula o los huesos de la cara, extracción de dientes para preparar la mandíbula para recibir radioterapia a fin de tratar una enfermedad neoplásica o servicios que se cubrirían si los prestara un médico). <i>Es posible que se requiera autorización previa para servicios psiquiátricos y especializados en salud mental que no sean consultas iniciales, terapias ambulatorias de rutina y visitas de administración de medicamentos.</i>	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Visita de podología cubierta por Medicare que consiste en un diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies, como daño a los nervios relacionado con la diabetes que puede aumentar el riesgo de pérdida de extremidades, o que necesita tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades de los pies (como dedo en martillo, deformidades por juanete o espolones calcáneos). • Atención rutinaria de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores, como cortar o eliminar callos y durezas, recortar, cortar o cortar uñas, o mantenimiento higiénico u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies. • Atención de rutina de los pies: limitada a 6 visitas al año.	Dentro y fuera de la red \$20 de copago por cada consulta de podología cubierta por Medicare. \$20 de copago por cada consulta de podología de rutina.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Pruebas de detección del cáncer de próstata Para hombres mayores de 50 años de edad, se incluyen los siguientes servicios cubiertos una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis de antígeno prostático específico (PSA).	No hay coseguro, copago ni deducible para un análisis de antígeno prostático específico.
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y reparación o reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado para la vista más adelante en esta sección para obtener más información. <i>Se requiere autorización previa.</i>	Dentro y fuera de la red 20% de coseguro para prótesis y suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen un orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar un tratamiento de rehabilitación pulmonar.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Tecnología de acceso remoto (Teladoc®) Los miembros tienen acceso telefónico o por video a médicos acreditados las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Este servicio no reemplazará la función del médico del miembro y es una opción conveniente que permite a los miembros hablar con un médico que puede diagnosticar,	\$0 de copago por servicios de Teladoc.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Tecnología de acceso remoto (Teladoc®) (continuación) recomendar tratamientos y recetar medicamentos, cuando corresponda, para muchos problemas médicos que no son de emergencia, incluidos la bronquitis o los problemas sinusales, las alergias, los síntomas del resfriado y la gripe, las infecciones respiratorias y las infecciones de oído.	
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas elegibles, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de entre 50 y 77 años que no tienen signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que han fumado 20 paquetes por año y que actualmente fuman o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, y reciben una orden escrita por parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante la consulta de asesoramiento para la detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba inicial con LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita por parte de un médico o un profesional no médico calificado que se puede proporcionar durante cualquier	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisiones compartidas cubiertos por Medicare ni para la LDCT.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) visita apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado opta por realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas para posteriores pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	
 Prueba de detección para enfermedades de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (STI) como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en mayor riesgo de contraer STI cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. Además, cada año, cubrimos hasta dos sesiones de 20 a 30 minutos de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Solo cubriremos estas sesiones a modo de servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria; por ejemplo, un consultorio médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de STI cubiertos por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando cuentan con la remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago para servicios de educación sobre enfermedades renales cubierta por Medicare. 20% de coseguro para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación) • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o no puede acceder a él). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesario). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por día durante los días 1 - 20 para atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. \$203 de copago por día durante los días 21 - 100 para atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted cuenta con una cobertura de hasta 100 días en cada

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Los medicamentos que recibe como parte del plan de atención (esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre (incluidos el almacenamiento y la administración). La cobertura de análisis de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza exclusivamente a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; usted debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que recibe en un año calendario o donar sangre tanto usted como otra persona. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta. • Suministros médicos y quirúrgicos que comúnmente se proporcionan en los SNF. • Análisis de laboratorio que normalmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente se proporcionan en los SNF. • Servicios de médicos o profesionales médicos. Por lo general, recibirá la atención de SNF en centros que forman parte de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que deba pagar la distribución de costos que se paga dentro de la red, si el centro no es proveedor de la red y si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Un hogar de ancianos o una comunidad de cuidado continuo para jubilados donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. <i>Se requiere autorización previa.</i>	período de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Los copagos para los beneficios de centro de enfermería especializada (SNF) se basan en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el primer día que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio finaliza cuando usted no estuvo no fue paciente hospitalizado en ningún hospital o SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa al hospital (o SNF) una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o el consumo de tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como servicio preventivo gratuito. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, pagará la distribución de costos aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET tiene cobertura para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Debe consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de capacitación y ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en ejercicios terapéuticos para la PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, profesional de enfermería o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por cada sesión de terapia ejercicio supervisado cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Terapia de ejercicio supervisado (SET) (continuación) La SET puede tener una cobertura que supere las 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Tarjeta complementaria Flexcard Los miembros pueden recibir \$2,500 por año para gastos adicionales en visión, odontología y audición. Los montos que no se utilicen no se transferirán.	Usted puede recibir hasta \$2,500 todos los años.
Servicios de telemonitoreo. Se cubre un programa de telemonitoreo en el hogar para miembros que tienen insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), hipertensión o diabetes no controlada. Los miembros recibirán apoyo clínico mientras estén en el programa a través de una aplicación que permite chat y llamadas telefónicas. Además, se ofrecerán manguitos de presión arterial a los afiliados con hipertensión no controlada. El propósito de este artículo es permitir que estos miembros específicos controlen su presión arterial e informen a su médico de acuerdo con las indicaciones de este. Un médico debe recomendar que un miembro necesite estos artículos. Es posible que se apliquen limitaciones.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago por servicios de telemonitoreo.
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan para el que se requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, pero no es razonable dado el tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle la distribución de costos dentro de la red. Los ejemplos de servicios urgentemente necesarios incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias que hace al proveedor, como	Dentro y fuera de la red \$15 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. No será eximido de pagar este copago si lo admiten en el hospital.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
Servicios requeridos urgentemente (continuación) los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente. Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte el apartado “Cobertura mundial de emergencia/urgencia” a continuación en este Cuadro de Beneficios Médicos.	
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios del médico para pacientes ambulatorios destinados al diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y heridas oculares, que incluyen tratamientos para degeneraciones maculares relacionadas con el envejecimiento. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de sufrir glaucoma, incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen más de 50 años e hispanoamericanos que tienen 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda cirugía). • Examen ocular de rutina: limitado a 1 por año. • Antejos de rutina: cubre su elección de uno de los siguientes por hasta \$100 anuales: - un par de anteojos (lentes y monturas) - lentes de contacto	
Dentro y fuera de la red \$20 de copago para servicios de la visión cubiertos por Medicare. \$0 de copago para anteojos cubiertos por Medicare. \$0 de copago para exámenes oculares de rutina. \$0 de copago para anteojos de rutina. Es posible que se aplique un copago de especialista si los servicios se brindan durante una visita a un especialista.	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios cubiertos	Cuánto debe pagar al recibir nuestros servicios
 Cuidado de la vista (continuación) Los servicios de la vista especializados pueden tener otros copagos/distribución de costos, como servicios o artículos no estándar (como marcos de policarbonato, bloqueadores de luz azul, lentes progresivos, etc.).	
 Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare El plan cubre una única visita preventiva de Bienvenida a Medicare. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses en los que tenga la Parte B de Medicare. Cuando haga la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de Bienvenida a Medicare.
Cobertura de emergencias/urgencia en todo el mundo El plan cubre atención de urgencia y emergencia recibida fuera de los Estados Unidos. Limitado únicamente a servicios que se clasificarían como de emergencia o requeridos urgentemente si se hubieran brindado en los Estados Unidos hasta un máximo de \$50,000 por año.	Dentro y fuera de la red \$0 de copago para servicios de emergencia/urgentes en todo el mundo.

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

En esta sección se indican cuáles son los servicios que están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

En siguiente tabla se enumeran los servicios y los elementos que no están cubiertos bajo ninguna condición o están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción se aplica si se realiza una apelación sobre el servicio y, tras la apelación, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando determinamos que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción del seno que se sometió a una mastectomía y del seno no afectado para que tengan simetría.
Atención de custodia La atención de custodia es la atención personalizada que no exige la atención continua de personal médico o paramédico especializado, y que se brinda para ayudarlo con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		• Pueden estar cubiertos por Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Entrega de comidas a domicilio.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Los servicios domésticos que incluyen ayuda con las tareas del hogar básicas, como la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos bajo ninguna condición	
Atención dental no rutinaria		La atención dental requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización. Consulte “Servicios dentales” en el Cuadro de Beneficios para conocer otras coberturas.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies.		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en su costo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Habitación privada en un hospital.		Solo tiene cobertura cuando sea médicamente necesaria.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros procedimientos para corregir la visión deficiente.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Reversión de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubiertos bajo ninguna condición	
Atención quiropráctica de rutina.		• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos paliativos.

Sección 1.1	Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D
--------------------	--

El plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otra persona que emita recetas) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). *O surta su receta a través del servicio de pedido por correo del plan*.
- Sus medicamentos deben estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos “Lista de Medicamentos para abreviar”). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médica aceptada es el uso de un medicamento que fue aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinadas fuentes. (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1	Uso de una farmacia de la red
--------------------	--------------------------------------

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados *solo* están cubiertos solo si adquiere los medicamentos en las farmacias dentro de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia dentro de la red es aquella que cuenta con un contrato con nuestro plan para ofrecerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamento cubierto hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red**¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare) o comunicarse con el Servicio para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que usa sale de la red?

Si la farmacia que usaba sale de la red del plan, tendrá que encontrar otra farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda al Servicio para Miembros o consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para una terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos estadounidenses o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame al Servicio para Miembros.

Sección 2.3 Cómo usar el servicio de pedidos por correo del plan

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para hasta 100 días**.

Para obtener información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo para surtir sus medicamentos recetados, visite nuestro sitio web (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare) y seleccione “Prescription Drugs” (Medicamentos recetados) y luego “Order Drugs by Mail” (Solicitar medicamentos por correo). También puede llamar al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) en los siguientes horarios: del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Por lo general, el pedido de farmacia por correo se enviará en un plazo no mayor a 14 días. Si por algún motivo su pedido por correo se retrasa, revisaremos su caso y, si es necesario, haremos arreglos para cubrir el costo de su receta mientras espera que llegue su pedido por correo. Cuando solicite medicamentos por correo, asegúrese de dejar suficiente tiempo para que le entreguen su medicamento cuando lo necesite. Llame al Servicio para Miembros si necesita ayuda con una receta de pedido por correo retrasada (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento).

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención de salud, se contactará con usted para ver si necesita que sus medicamentos sean enviados de inmediato o más tarde. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para informarle si deben enviar, demorar o suspender la nueva receta médica.

Resurtido de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, comuníquese con su farmacia entre 10 y 14 días antes de que se sus medicamentos recetados actuales se terminen, para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

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

Cuando usted adquiere un suministro a largo plazo de medicamentos, su parte de la distribución de costos puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular, debido a una afección médica crónica o de largo plazo).

1. En su *Directorio de Proveedores y Farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare encontrará información sobre cuáles son las farmacias dentro de la red que le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Servicio para Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Si desea obtener más información, consulte el Sección 2.3.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Sus medicamentos recetados pueden tener cobertura en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia dentro de la red. Para ayudarlo, fuera de nuestra área de servicio contamos con farmacias dentro de la red en las que puede surtir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Le pedimos que primero se comuniquen con el Servicio para Miembros** a fin de que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Estos son los casos en que podemos cubrir medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si paga un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos, puede enviar su recibo detallado y una explicación al plan para un posible reembolso. Cualquier reembolso se limitará al de un suministro de 30 días.

¿Cómo puede solicitar un reembolso al plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que surta su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, encontrará información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1	En la “Lista de Medicamentos” encontrará información sobre los medicamentos de la Parte D que se encuentran cubiertos.
--------------------	---

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos **Lista de Medicamentos**.

El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento que esté en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura que se explican en este capítulo, y si el uso del medicamento es para una indicación médicamente aceptada. El término indicación médicamente aceptada se refiere a una de las siguientes opciones:

- la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó el uso del medicamento para el diagnóstico o la afección para los que se recetó; o
- el medicamento cuenta con el apoyo de determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos que los fármacos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando hacemos referencia a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca y los productos biológicos originales y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

¿Qué sucede si los medicamentos *no* están en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 La distribución de costos de los medicamentos en la Lista de Medicamentos se divide en 5 niveles
--

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- Genérico preferido: el nivel de costo más bajo para medicamentos genéricos seleccionados.
- Genérico: un nivel de costo más alto para la mayoría de los demás medicamentos genéricos.
- Marca preferida: un nivel de costo medio para medicamentos de marca seleccionados. Este nivel también incluye medicamentos genéricos seleccionados de mayor costo.
- Medicamento no preferido: el segundo nivel de costo más alto para medicamentos seleccionados.
- Especializado: el nivel de costo más alto para ciertos medicamentos inyectables y especializados.

Para saber cuál es el nivel de distribución de costos en el que se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

El monto que pagará por los medicamentos en cada nivel de distribución de costos se muestra en el Capítulo 6, (*Cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que se proporciona electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame al Servicio para los Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame al Servicio para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la “Lista de Medicamentos” para acceder a una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la “Lista de Medicamentos” con los que se podría tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre ciertos medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para recomendarles a usted y a su proveedor cómo utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Cuando un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente igual de bien que un medicamento de costo más alto, las normas de nuestro plan están diseñadas de tal modo que usted y su proveedor utilicen la opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o distribución de costos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos dicho medicamento.

Comuníquese con el Servicio para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea lo eximamos de esta restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que acordemos cubrir un medicamento. Esto se llama **autorización previa**. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de los mismos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan.

Cómo probar un medicamento diferente primero

De acuerdo con este requisito, se recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una píldora por día.

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

Sección 5.1	Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que desea
--------------------	--

Hay ocasiones en las que hay un medicamento recetado que toma, o un medicamento que usted o su proveedor considera que debe tomar, no se encuentra en nuestro formulario o se encuentra en nuestro formulario pero tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O una versión genérica del medicamento tiene cobertura, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según lo que se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero se encuentra en un nivel de distribución de costos que hace que sea más costoso de lo que piensa que debería ser.

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

- Existen alternativas que usted puede considerar si su medicamento no está cubierto de la manera que usted desea. **Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si tiene restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.**
- Si su medicamento está en un nivel de distribución de costos que hace que el costo sea más elevado de lo que usted piensa que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si el medicamento que utiliza no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, tendrá las siguientes opciones:

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones.

Puede obtener un suministro provisional

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando ya **no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O debe tener ahora algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro provisional estará vigente durante un máximo de 30 días. Si en su receta figuran menos días, permitiremos que surta varias veces el medicamento hasta alcanzar un suministro máximo de 30 días. Debe adquirir el medicamento recetado en una farmacia dentro de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia del centro de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más reducidas en determinados momentos para evitar el desperdicio).
- **Para las personas que han sido miembros del plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica es por menos días. Esto es adicional al suministro provisional que se menciona anteriormente.

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

- **Para los miembros actuales que tienen un cambio en el nivel de atención (como terminar una estadía en un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de atención a largo plazo, o volver del estado de cuidados paliativos a la cobertura estándar de las Partes A y B de Medicare):**

Para estas transiciones no planificadas, puede solicitarnos que hagamos una excepción al formulario o presentar una apelación para sigamos cubriendo su medicamento. Además, revisaremos las solicitudes de continuación de la terapia caso por caso para los miembros que tuvieron un cambio en su nivel de atención y están estabilizados con regímenes de medicamentos que, si se modifican, se sabe que tienen riesgos.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame al Servicio para Miembros.

Durante el período en el que usted usa un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado dicho suministro. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento.

Hable con su proveedor para ver si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Servicio para Miembros u solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

2) Puede solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este puede asistirlo para solicitarla. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede pedir al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted piensa que es muy alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución del costo que usted piensa que es muy alto, aquí le indicamos lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de distribución de costos que usted piensa que es muy alto, hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento diferente en un nivel de distribución de costos más bajo que pueda servirle a usted. Llame al Servicio para Miembros y solicite una lista

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

de los medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de distribución de costos para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor afirma que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, este puede ayudarlo a solicitarla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos en el Nivel 5 (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto de distribución de costos para los medicamentos que se encuentran en este nivel de medicamentos.

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunas modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la lista.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de distribución de costos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Consulte el Capítulo 12 para acceder a las definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si la cobertura de un medicamento que está tomando cambia?**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea

periódicamente. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de Medicamentos y en qué ocasiones recibirá un aviso directo si se realizaron cambios a un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de Medicamentos que le afectan durante el año actual del plan.

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos.**
 - Al momento de agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de dicha lista, mover el medicamento similar a un nivel de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que le estamos realizando cambios. Si está tomando un medicamento similar en el momento en que realizamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.
- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de Medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de distribución de costos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de distribución de costos o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos que no son seguros y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado.**
 - A veces, puede considerarse que un medicamento no es seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
 - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en los recuadros de advertencia de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

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

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción si vamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la “Lista de Medicamentos” que no le afectan durante el año actual del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la “Lista de Medicamentos” que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si sigue en el mismo plan.

En general, los siguientes son los cambios que no lo afectarán durante el año actual del plan:

- Movemos el medicamento a una categoría de distribución de costos más alta.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la “Lista de Medicamentos”.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (excepto una retirada del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que le afectarán durante el año siguiente del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están excluidos. Esto significa que Medicare no paga por esos medicamentos.

Si adquiere medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si usted presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto conforme a la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso en indicaciones no autorizadas de un medicamento cuando dicho uso no cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El término **uso en indicaciones no autorizadas** se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el que se indica en su etiqueta según lo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.

Además, en virtud de las leyes aplicables, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertos por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos para promover la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar síntomas del resfrío o la tos.
- Medicamentos para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia y para la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o los servicios de control se compren exclusivamente al fabricante.

Si recibe **“Ayuda Adicional” (Extra Help)** para pagar sus medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que el programa Medicaid de su estado cubra algunos medicamentos recetados que no suelen estar cubiertos por el plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia dentro de la red que elija. La farmacia dentro

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

de la red le facturará de modo automático al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando busque su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su información de membresía con usted?

Si no tiene la información de la membresía del plan con usted cuando surte su receta, usted o la farmacia puede llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle al personal de la farmacia que busque la información de su inscripción al plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Después puede **solicitar** que le **reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, si desea obtener información sobre cómo solicitar un reembolso de nuestro plan).

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

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

Si se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan, habitualmente cubrimos los costos de los medicamentos que utilice durante la estadía en el hospital. Cuando recibe el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas las normas de cobertura que se describen en este Capítulo.

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia, o utiliza una farmacia que provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la farmacia que este utiliza, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que este utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o ayuda, llame a Servicio para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro provisional o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también obtiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal del empleador o de jubilación?

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de un plan grupal de su empleado (o el empleador de su cónyuge o pareja doméstica) o de jubilación, comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**. El administrador puede ayudarlo a determinar si su cobertura actual para medicamentos recetados funcionará con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal a través de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre la cobertura válida:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida.

La cobertura de su plan grupal es válida si el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura válida es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye la cobertura de los medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del grupo de su empleador o de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si es miembro de un centro de cuidados paliativos de Medicare y requiere ciertos medicamentos (p. ej., un antiemético, un laxante, un analgésico o medicamentos contra la ansiedad) que el centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de su médico que receta o de su proveedor de cuidados paliativos en el que se detalle el medicamento que no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que nuestro plan debería cubrir, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al médico que receta que le proporcione una notificación antes de que se surta su receta médica.

En el caso de que renuncie a su elección de cuidados paliativos o reciba el alta en el centro de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y utilización de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Realizamos evaluaciones del uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que reciban una atención segura y apropiada.

Realizamos una revisión cada vez que surte un medicamento recetado. También efectuamos una revisión regular de nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas como los siguientes:

- Posibles errores en la medicación.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas médicas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos a base de opioides para aliviar el dolor.

Si observamos un problema potencial en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

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

Tenemos un programa para ayudar a que nuestros miembros consuman de manera segura sus medicamentos recetados con opioides y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de ciertas personas que recetan.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona que receta o farmacia específicos. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué persona que receta o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y la persona que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si decide presentar una apelación, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si seguimos rechazando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

No lo asignaremos a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o la anemia falciforme activos, si está recibiendo cuidados paliativos o terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Control de la Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Control de la Terapia de Medicamentos (MTM). La participación en este programa es voluntaria y gratuita. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una monto específico de los costos de los medicamentos o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Si es elegible para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá los medicamentos está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Recomendamos que hable con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También se recomienda que mantenga actualizada su lista de medicamentos y que la lleve con usted (por ejemplo, con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información correspondiente. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con el Servicio para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted debe pagar por los
medicamentos recetados de la
Parte D*

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D**¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?**

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para el pago de medicamentos recetados* (también llamada *cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o cláusula LIS*), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si no tiene este anexo, llame al Servicio para Miembros y solicite la *cláusula LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción**Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que explican su cobertura de medicamentos**

Este capítulo se centra en cuánto paga usted por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizaremos *medicamentos* en este capítulo para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos pertenecen a la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de medicare y, por ley, otros medicamentos se excluyen de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, debe saber cuáles son los medicamentos que están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. Consulte el Capítulo 5, de la Sección 1 a la 4 para acceder a una explicación de estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el Capítulo 5, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en tiempo real, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que tendrá que pagar. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio para Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **distribución de costos** y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague, las cuales se detallan a continuación:

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de su bolsillo

Medicare cuenta con normas acerca de lo que se considera y *no* se considera como gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos de bolsillo

Entre los gastos de su bolsillo, se incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que se destinen a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que realice durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si **ciertas personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para tratar el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que cumpla los requisitos de Medicare, planes de salud de un empleador o sindicato, TRICARE, o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el programa de “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare también están incluidos.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en concepto de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.

- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados de la Parte A o de la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos que realiza la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización al trabajador).
- Los pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en función del Programa de Descuento para Fabricantes.

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las que se enumeran arriba, paga una parte o la totalidad del gasto de bolsillo por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando al Servicio para Miembros.

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,000, en este informe, se le indicará que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, encontrará información sobre lo que puede hacer para ayudarnos a que los registros de lo que usted gastó estén completos y actualizados.

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de un medicamento para los miembros de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)?
--------------------	---

Existen tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados conforme a Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte un medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a la 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes para explicarle los pagos de los medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1	Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la <i>EOB de la Parte D</i>)
--------------------	--

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando surte o resurte las recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a otra. En particular, existen dos tipos de costos a los que les realizamos el seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado usted. A esto se lo llama sus **gastos de su bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D; cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Realizamos un seguimiento de los **costos totales de los medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** En este informe encontrará los detalles de pago sobre las recetas que usted surtió durante el mes anterior. En él se muestran los costos totales de los medicamentos, qué pagó el plan y qué pagó usted u otras personas en su nombre.
- **Los montos totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama información anual hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el costo total por medicamentos y la información sobre los aumentos en el precio desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada reclamación de receta médica, si corresponde.

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

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le presentamos cómo nos puede ayudar a mantener actualizada y correcta la información sobre usted:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta médica.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son los medicamentos recetados que surte y cuánto está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos las copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos médicos:**
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando usted pagó un copago por medicamentos suministrados dentro de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en cualquier ocasión en la que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos efectuados por otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, para sus gastos de bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D* verifique que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información o si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)

No hay deducible para Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre la cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo de sus medicamentos que le corresponde a ellos, y usted paga la parte que le corresponde a usted

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y en dónde se surte su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga otra parte (el monto del copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento del que se trate y del lugar donde surta su receta.

El plan tiene 5 niveles de distribución de costos

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- Genérico preferido: el nivel de costo más bajo para medicamentos genéricos seleccionados.
- Genérico: un nivel de costo más alto para la mayoría de los demás medicamentos genéricos.
- Marca preferida: un nivel de costo medio para medicamentos de marca seleccionados. Este nivel también incluye medicamentos genéricos seleccionados de mayor costo. Usted paga un máximo de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Medicamento no preferido: el segundo nivel de costo más alto para medicamentos seleccionados.
- Especializado: el nivel de costo más alto para ciertos medicamentos inyectables y especializados.

Para saber cuál es el nivel de distribución de costos en el que se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que pague por un medicamento depende de dónde obtiene dicho medicamento:

- Una farmacia minorista dentro de la red.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Una farmacia fuera de la red del plan. Brindamos cobertura para recetas que se surten en farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para saber en qué situaciones surtiremos una receta médica en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de venta por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y el surtido de sus recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Proveedores y Farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare del plan.

Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento <i>durante un mes</i>
--------------------	---

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende de la categoría de distribución de costos.

En algunas ocasiones, el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:

Nivel	Distribución de costos estándar de venta al público (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos para los pedidos por correo (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos para la atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamentos genéricos)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

No pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de distribución de costos.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre la distribución de costos para las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3	Si su médico le receta un suministro de menos de un mes completo, es probable que no deba pagar el costo del suministro de un mes completo
--------------------	---

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su médico deseen contar con el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que le recete, y a su farmacéutico que surta, una cantidad menor al suministro del medicamento para todo el mes, en caso de que esto le ayude a planificar las fechas de renovación para las diferentes recetas médicas.

Si recibe una cantidad menor al suministro para todo un mes de un determinado medicamento, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

- Si usted es el responsable de pagar el coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de distribución de costos”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4	Esta tabla muestra los costos en que incurre por el suministro a largo plazo (100 días) de un medicamento
--------------------	--

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que tiene que pagar cuando obtiene el suministro de un medicamento a largo plazo.

- En algunas ocasiones, el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:

Nivel	Distribución de costos estándar de venta al público (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	Distribución de costos estándar para los pedidos por correo (suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamentos genéricos)	\$15 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos no preferidos)	35% de coseguro	35% de coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para el nivel de medicamentos especializados.	El suministro a largo plazo no está disponible para el nivel de medicamentos especializados.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 para un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de distribución de costos.

Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total anual de gastos de bolsillo por sus medicamentos alcance \$2,000

Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

La *EOB de la Parte D* que recibe lo ayudará a mantener un registro de lo que usted, el plan y los terceros pagaron en su nombre costear sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Si usted llega a este monto, saldrá de la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Usted ingresa en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$2,000 en el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta que termine el año calendario.

- En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de Medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o comuníquese con el Servicio para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos para vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí misma**.
- La segunda parte es la cobertura del costo de **colocación de la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Los costos que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D dependen de los siguientes tres factores:

1. Si una organización llamada Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.

- El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y a usted no le cuestan nada.

2. Dónde se obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí misma puede obtenerse en una farmacia o en el consultorio del médico.

3. Quién administra la vacuna.

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacunación de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica la vacunación, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando obtiene una vacuna, solo pagará la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación, encontrará tres ejemplos de manera en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

- Situación 1:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en una farmacia dentro de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que se coloquen vacunas en las farmacias).
- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
 - Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de administrarle la vacuna.
 - Nuestro plan pagará el resto de los costos.
- Situación 2:* Usted recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.
- Cuando se le aplique la vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre.
 - Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
 - Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

Capítulo 6 Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en una farmacia dentro de la red y luego acude al consultorio de su médico para que se la coloquen.

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le coloque la vacuna, usted deberá pagar el costo total por este servicio.
- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo mediante los procedimientos describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó por la administración de la vacuna menos cualquier coseguro que haya pagado.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por los servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

En algunas ocasiones, cuando reciba atención médica o surta un medicamento recetado, deberá pagar el costo total. En otras ocasiones, podría darse cuenta de que pagó más de lo esperado según las normas de cobertura del plan o podría recibir una factura de parte del proveedor. En estos casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (la devolución suele denominarse reembolso). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando pagó un monto mayor que la parte que le corresponde pagar del costo de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber fechas límite que debe cumplir para recibir un reintegro. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por un monto mayor al que le corresponde pagar por su parte de la distribución de costos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la situación de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Evaluaremos la factura y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar el servicio, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar un monto mayor que el de la distribución de costos que autoriza el plan. Si el proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar que nuestro plan le devuelva su dinero o que pague una factura que usted recibió:

1. Cuando recibió atención médica de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor fuera de la red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. (Su parte del costo puede ser más alta para un proveedor fuera de la red que para un proveedor dentro de la red). Pídale al proveedor que le facture al plan la parte del costo que le corresponde pagar.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos que le devolvamos el dinero que corresponde a nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted pagó por los servicios.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no le corresponde pagar. Envíenos esta factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted pagó por los servicios.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó un monto mayor que la parte que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y devolveremos el dinero de la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Salvo en situaciones que requieran atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

2. Cuando un proveedor dentro de la red le envía una factura que cree que no le corresponde pagar

Los proveedores dentro de la red siempre deben facturarle directamente a nuestro plan y pedirle a usted solo la parte del costo que le corresponde. Sin embargo a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de los servicios requeridos urgentemente. Usted solo tiene que pagar el monto de su distribución de costos cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como “facturación de saldo”. Esta protección (por la cual nunca paga más que el monto de su distribución de costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor dentro de la red cuyo monto usted considera excesivo, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya pagó la factura a un proveedor dentro de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todo pago que haya realizado y pida al plan que le reembolse la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debería haber pagado según nuestro plan.

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

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

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó de su bolsillo cualquier servicio cubierto o medicamentos con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, esta probablemente no pueda presentarnos la reclamación directamente a nosotros. Cuando esto suceda, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para acceder a una descripción de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio que negociamos por el medicamento recetado.

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

Es posible que pague el costo total del medicamento recetado debido a que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de Medicamentos del plan o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide surtir el medicamento en el momento, deberá pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que el precio que negociamos por el medicamento recetado.

Todos los ejemplos mencionados anteriormente son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará información acerca de cómo presentar una apelación.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reintegro o el pago de una factura que usted recibió

Puede solicitarnos un reembolso mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Deberá enviarnos su reclamación dentro de los 180 días** posteriores a la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

Para artículos/servicios médicos:

Attn.: Member Claims
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

Para medicamentos recetados:

Attn.: Pharmacy Department
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si la aceptamos o la rechazamos

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que el precio que nosotros negociamos). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de la parte que nos corresponde pagar. Si usted aún no pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letras grandes o en otros formatos alternativos, etc.).
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, los servicios de interpretación, los teletipos o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipos).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Nuestro plan puede proporcionarle materiales traducidos, en el idioma de su elección, sin costo alguno para usted. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame al Servicio para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores dentro de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame al Servicio para Miembros y presente un reclamo. También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles si llama al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	---

Usted tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir oportunamente los servicios de especialistas cuando usted los necesite. Usted también tiene derecho a surtir y resurtir sus medicamentos recetados en cualquiera de nuestras farmacias dentro de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, consulte el Capítulo 9 para saber qué puede hacer al respecto.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su expediente médico e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

- Su información médica personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su expediente médico, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado **Aviso sobre prácticas de privacidad**, en el que describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no tengan acceso a sus registros ni los modifiquen.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, *primero debemos obtener por escrito su permiso o el de alguien a quien le haya otorgado autoridad legal para tomar decisiones por usted*.
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos permiso por escrito. Estas son excepciones que la ley permite o exige.
 - Tenemos la obligación de divulgar información médica a las agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de brindar su información médica a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, se requiere que no se divulgue la información que lo identifica de manera particular.

Usted puede ver la información en su expediente y saber cómo se divulgó a otras partes interesadas.

Usted tiene derecho a ver los expedientes médicos que guarda el plan y a obtener una copia de los mismos. Contamos con la autorización para cobrarle un arancel por las copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su expediente médico. Si nos

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se reveló su información médica a otras partes interesada con cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio para Miembros.

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

Como miembro de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio para Miembros:

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a que le brindemos información sobre la calidad de los proveedores y las farmacias dentro de la red, y sobre cómo les pagamos a los proveedores dentro de la red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En los Capítulos 3 y 4, encontrará información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, encontrará información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algún servicio no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, encontrará información acerca de cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona información acerca de cómo solicitar que cambiemos una decisión, lo cual también se denomina una apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica
--------------------	--

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones acerca de la atención médica que recibe. Para ayudarlo a tomar decisiones con los médicos acerca de qué tratamiento que más le conviene, usted tiene los siguientes derechos:

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Derecho a conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye obtener información acerca de los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar las medicaciones y a utilizar los medicamentos de forma segura.
- **Derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos relacionados con la atención que recibe. Debe recibir información con anticipación si algún tratamiento o atención médica que se le haya propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si el médico le aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que si rechaza un tratamiento o deja de tomar una medicación, acepta toda la responsabilidad de los problemas que esto pueda generarle a su cuerpo como consecuencia.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

En algunas oportunidades, las personas no están en condiciones de tomar decisiones por sí mismas acerca de su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esa situación. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- **Completar un formulario por escrito para otorgarle a otra persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Otorgarles a sus médicos instrucciones** por escrito acerca de cómo desea que se maneje la atención médica que recibe en caso de no poder tomar decisiones por usted mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes denominaciones. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar directivas anticipadas para expresar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede solicitar un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un trabajador social o de algunos comercios que venden insumos para oficinas. A veces, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden otorgarle los formularios para directivas anticipadas.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar en dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Es aconsejable que le pida a un abogado que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y firmó directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directiva anticipada y si lo tiene con usted.
- Si firmó un formulario de directivas anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que completar un formulario de directivas anticipadas es su decisión (incluso si lo quiere firmar cuando se encuentra en el hospital). Según las leyes aplicables, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar un reclamo ante la Office of Quality Assurance, Pennsylvania Department of Health, Health and Welfare Building, 8th Floor West, 625 Forster Street, Harrisburg, PA 17120.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar reclamos y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que tomamos
--------------------	--

Si tiene algún problema, inquietud o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento encontrará información acerca de lo que puede hacer. Haga lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un reclamo), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si cree que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos?
--------------------	---

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

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

¿Es por otro motivo?

Si considera que recibió un trato injusto o que no se respetaron sus derechos, y esto *no* se debe a un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema de la siguiente manera:

- Puede **llamar al Servicio para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Derechos y Protecciones Medicare”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice este de Evidencia de Cobertura para conocer lo que está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, encontrará detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 encontrará detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo. En el Capítulo 1, encontrará información la coordinación de estos beneficios.**
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de su plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los tratamientos y las instrucciones que acordó con sus médicos.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe en una manera que contribuya al funcionamiento sin problemas del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar estos pagos:
 - Debe pagar sus primas del plan.
 - Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - [Si se le solicita que pague una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.](#)
 - Si se le exige que pague un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando dicho monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan,** debemos estar al tanto para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá continuar siendo miembro de nuestro plan.** Si se muda, también es importante comunicárselo al Seguro Social o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

CAPÍTULO 9:

*¿Qué hacer si tiene algún problema
o reclamo? (decisiones de
cobertura, apelaciones, reclamos)*

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procedimientos para resolver problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, deberá usar el **proceso para la toma de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para resolver otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar reclamos**; también denominados quejas.

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto nosotros como usted deben seguir.

La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo contienen términos legales. La mayoría de las personas desconocen muchos de estos términos y pueden resultarles difíciles de comprender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase, presentar un reclamo en lugar de presentar una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura, o determinación en riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede resultarle útil (y a veces de gran importancia) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar, incluimos términos legales en la explicación para resolver determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo acerca de cómo lo tratamos, estamos obligados a cumplir con su derecho a hacer un reclamo. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio al Cliente para obtener ayuda. En algunas situaciones, sin embargo, quizás desee obtener ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. A continuación, se mencionan dos entidades que pueden ser de ayuda.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para tratar su problema. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios que ofrecen los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los enlaces de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le será de utilidad.

¿Su problema o duda está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para saber si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Una guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Pase directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES**SECCIÓN 4 Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Cómo solicitar de decisiones de cobertura y presentar apelaciones: generalidades**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan para ocuparse de los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Se utiliza el proceso de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones para saber si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura si el médico tiene dudas acerca de si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a brindarle la atención que usted cree que necesita. En otras, si desea saber si cubrimos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimarán una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin tener la autorización legal correspondiente para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta por Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que se reciba un beneficio, y usted no está conforme con la misma, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, que expondremos más adelante, usted puede solicitar una apelación expeditiva o

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

apelación rápida de una decisión de cobertura. La revisión de su apelación estará a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, el proceso se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que cumplimos con las normas correctamente. Una vez que finalizamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, una apelación de Nivel 1 se desestimaré, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimaré una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin tener la autorización legal correspondiente para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, la cual estará a cargo de una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros.

- Usted no necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Según las normas de Medicare, es obligatorio que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Para apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está de acuerdo con la decisión que se tomó en la apelación de Nivel 2, puede recurrir a los niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, este deberá ser designado como su representante. Llame al Servicio para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare).

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, esta se derivará en forma automática al Nivel 2.
- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que recete pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona que receta pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que lo represente en la solicitud de una decisión sobre la cobertura o la presentación de una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Servicio para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona que desea que lo represente deben firmar el formulario. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar o completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que se explicará su derecho a solicitar que la organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en su colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, nuestro plan le brinda detalles para cada una en una sección por separado:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para paciente ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro cuál es la sección que debe utilizar, llame al Servicio para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	En esta sección se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de la atención que recibe
--------------------	--

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. No obtiene cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le informamos que no pagaremos por dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que cree que debería estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar que nuestro plan le realice un reembolso. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informamos que la cobertura de cierta atención médica que recibió y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o suspenderá y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 dentro de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura tiene está relacionada con su atención médica, se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación expeditiva**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se resuelve en un plazo de 14 días calendario, o 72 horas si se trata de medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se resuelve dentro de las 72 horas si se trata de servicios médicos o 24 horas si se trata de medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no puede presentar solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si la aplicación de las fechas límite estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, accederemos automáticamente a brindarle una.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo del médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que nuestro plan le brinde una decisión rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se le explique que aplicaremos las fechas límite estándares.
 - Se le explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una.
 - Se le explique que puede presentar un reclamo rápido acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para realizar la solicitud para que autoricemos o proveamos cobertura de la atención médica que desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Evaluamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos las fechas límite estándares.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Esto significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días después de recibir su solicitud **para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que puede beneficiarlo, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicamos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. Responderemos su reclamo una vez que tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo difiere del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre los reclamos).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo expeditivo

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomará más días, se lo comunicamos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre los reclamos). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede apelar nuestra decisión.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

Una apelación ante el plan acerca de una decisión de cobertura para atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expeditiva**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se resuelve en un plazo de 30 días calendario, o 7 días calendario si se trata de medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de la cobertura de la atención que aún no recibió, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, accederemos a brindarle una.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se aplican para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación por escrito.** También puede llamarnos para solicitar una apelación. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle la respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Revisamos todo para ver si seguimos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si es necesario, recopilamos más información, posiblemente mediante una comunicación con usted o su médico.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si se trata de una apelación rápida, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, podemos demorar hasta **14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicamos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o hacia el final del período extendido si es que tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que la revisará una revisión organización independiente. En la Sección 5.4, encontrará una explicación del proceso de apelación de Nivel 2.
- Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le enviará un aviso por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su afección de **salud** así lo exige.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarlo, podemos demorar hasta **14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicamos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre los reclamos).

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le informamos nuestra respuesta antes de la fecha límite (o antes del final del plazo extendido), trasladaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 5.4, encontrará una explicación del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o brindarle la cobertura dentro de los 30 días calendario si dicha solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare. medicamento con receta médica.
- Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Si se trata de una apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Si se trata de una apelación estándar y su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir dicha apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir dicha apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que podría beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su apelación es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de su solicitud de artículos o servicios médicos**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes expeditivas, contamos con un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en cuestión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes expeditivas** contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que estuvo de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de esta) no se debe aprobar. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que suceda lo siguiente:
 - Se explique su decisión.
 - Se le informe sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. En el aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le informará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le informe cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo debe proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará una explicación de los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

Pedir un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es por un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las normas para utilizar la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo, generalmente dentro de los 30 días calendario después de haber recibido su solicitud, pero no más tarde que eso. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta en donde se explicará que no pagaremos los atención médica y los motivos de esta decisión.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura de rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con los reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si nos solicita que paguemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección se le informa qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Para obtener la cobertura, se debe utilizar el medicamento para una indicación médicamente aceptada. (Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 6 y 5. **Esta sección se refiere solo a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término medicamento en el resto de esta sección, en lugar de repetir medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de Lista de Medicamentos Cubiertos o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede surtirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y a su cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones que se describen a continuación:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se le exima de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Pedirnos pagar un monto de participación en el costo más bajo por un medicamento no preferido. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar un reembolso. Sección 6.4**

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

La acción de solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos se denomina a veces **excepción al formulario**.

La acción de solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

La acción de solicitar el pago de un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la manera que usted desearía, puede solicitarnos que hagamos una excepción. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que recete deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de la distribución de costos que se aplica a los medicamentos en el nivel de medicamentos no preferidos. No puede solicitar una excepción por el monto de la distribución de costos que requerimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o las restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. En caso de que decidamos hacer una excepción y eliminar la restricción en su caso en particular, usted puede solicitar una excepción al monto de la distribución de costos que debe pagar por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de distribución de costos inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se encuentran en uno de los 6 niveles de distribución de costos. En general, cuanto menor sea el nivel de la distribución de costos, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si nuestra Lista de Medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de distribución de costos más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que corresponda a los medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con una distribución de costos más baja. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de la distribución de costos que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de la distribución de costos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel menor de distribución de costos con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones**Su médico debe informarnos las razones médicas**

Su médico u otra persona que receta deben enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otra persona que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos alternativos. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que usted solicita y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aceptamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de distribución de costos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- En caso de que aceptemos su solicitud de excepción, la aprobación tiene por lo general validez hasta el final del año del plan. Esto registrará siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar una nueva revisión presentando una apelación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción****Términos legales**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación de cobertura expeditiva**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman dentro de las **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su salud así lo requiere, puede solicitarnos que le otorguemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el reintegro de un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona que receta nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, le brindaremos una automáticamente.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta y sin el apoyo del médico u otra persona que receta, nosotros decidiremos si su salud requiere que le brindemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se le explique que aplicaremos las fechas límite estándares.
 - Se le explique que, si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura, le concederemos una automáticamente.
 - Se le informe cómo puede presentar un reclamo rápido acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su reclamo dentro de las 24 horas después de recibirlo.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para realizar la solicitud para que autoricemos o proveamos cobertura de la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS* o en el formulario de nuestro plan' que están disponibles en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado se está apelando.

Esto le puede hacer usted, su médico (u otra persona que receta) o su representante. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que recete pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o por correo si es necesario.

Paso 3: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad su solicitud**, debemos proporcionarle la cobertura que acordamos brindarle dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en la que se justifica su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura de un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad su solicitud**, debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos brindarle **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico en la que se justifica su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una decisión estándar sobre la cobertura del pago de un medicamento que ya adquirió

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o a la totalidad de su solicitud**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido dicha solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de excepción, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación expeditiva**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 7 días. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si apela una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no recibió, usted, su médico u otra persona que receta deberán decidir si es necesaria una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que se aplican para obtener una decisión de cobertura rápida en la Sección 6.4 de este capítulo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona que receta deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si se trata de una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-866-901-8000.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación de cobertura modelo de los CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle la respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos todo para ver si seguimos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si se trata de una apelación rápida, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización de revisión independiente revisará su apelación. En la Sección 6.6, encontrará una explicación del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Fechas límite para una decisión estándar sobre la apelación para un medicamento que aún no recibió

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no adquirió el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos la decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud. En la Sección 6.6, encontrará una explicación del proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proveer la cobertura con la mayor brevedad posible según lo requiera su estado de salud, pero antes de que transcurran **7 días calendario** desde el momento en que hayamos recibido su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya adquirió

- Debemos darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, también debemos realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo. También le explicaremos cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces, se la denomina IRE .
--

La **organización de revisión independiente** es una organización independiente contratada por **Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otra persona que receta) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, en el aviso escrito que le enviaremos se incluirán **las instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se explicará quiénes pueden presentar una apelación de Nivel 2, qué plazos se deben cumplir, y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación en riesgo en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para apelaciones rápidas

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, esta deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

Fechas límite para apelaciones estándar

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si su solicitud es para que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud**, deberemos proporcionarle la cobertura del medicamento que la organización de revisión aprobó **dentro de las 24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura, debemos proporcionarle la cobertura del medicamento que la organización de revisión aprobó dentro de las 72 horas de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se conoce como confirmación de la decisión. También se conoce como rechazo de su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que suceda lo siguiente:

- Se explique su decisión.
- Se le informe sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Se le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo debe proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de que se tomara la decisión acerca de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Durante su estadía hospitalaria cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que pudiera requerir después del alta.

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1	Durante su estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados, recibirá un aviso escrito de Medicare en el que se le informarán sus derechos
--------------------	---

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un miembro del personal de enfermería) le entrega el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo comprende.** En él encontrará información acerca de lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su estadía hospitalaria y después de esta, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su internación en el hospital.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** la decisión de darle el alta si considera que esta es muy repentina. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta de modo que se cubra la atención hospitalaria durante un período más prolongado.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a otra persona que actúe en su que firmen el aviso.
 - La firma de este aviso *solo* demuestra que recibió la información sobre sus derechos. En este aviso no se especifica la fecha del alta. La firma del aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha de alta.
- 3. Guarde su copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
 - Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en línea si ingresa a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe los plazos que debe seguir y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta hospitalaria de las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) encontrará una explicación sobre cómo puede comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de irse del hospital y **no después de la fecha planificada para su alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si no cumple con este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha planificada para el alta, es posible que deba pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le proporcionaremos un **aviso detallado de alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **aviso detallado de alta** llamando al Servicio para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una notificación de muestra en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con el médico y revisarán la información que el hospital y nosotros le proporcionamos.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores nos informen acerca de su apelación, le haremos llegar un aviso por escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. En el aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta acerca de su apelación.***¿Qué sucede si se acepta su apelación?***

- Si la organización *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que se apliquen limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto sucede, la **cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad brinde una respuesta sobre la apelación.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 se rechaza, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechaza* su apelación y usted continúa hospitalizado después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación implica que continuará con el Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 7.3	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de su estadía posterior a la fecha planificada para el alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad harán otra revisión exhaustiva de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta la apelación:

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía de la fecha posterior a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesaria.**
- Usted debe continuar pagando su participación en los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza la apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que usted recibe, se explican por escrito los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si se rechaza la apelación, usted debe decidir si desea continuar con la apelación de Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo debe proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de que se tomara la decisión acerca de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación expeditiva**.

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Como se explicó anteriormente, debe actuar de manera rápida para iniciar su apelación de Nivel 1 relacionada con la fecha de alta del hospital. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, hay otra forma de presentar una apelación.

Si presenta su apelación de esta otra forma, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta dentro de las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de su fecha planificada para el alta, verificando si es clínicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.

Paso 3: le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación**, esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Seguiremos cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por el tiempo que estos sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos la apelación**, significa que creemos que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza a partir del día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta, **es posible que usted deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria después de dicha fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces, se la denomina IRE .

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo encontrará una explicación sobre cómo presentar un reclamo).

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información de su apelación relacionada con el alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista de alta. Además debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios mientras sea médicamente necesario. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista de alta del hospital era médicamente apropiada.
 - El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que lo maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan la apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>En esta sección, se describen solo de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando recibe **servicios médicos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, usted tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de cancelar la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos comunicárselo con anticipación. Cuando se cancela la cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por la atención.*

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si considera que cancelamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección se describe cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos por adelantado cuándo terminará su cobertura**Términos legales**

Aviso de no cobertura de Medicare. En ella encontrará información sobre cómo presentar una **apelación rápida**. La solicitud de una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en la decisión de cobertura que tomamos acerca de cuándo cancelar la atención que recibe.

- 1. Recibirá una notificación por escrito**, al menos, dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso encontrará la siguiente información:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo presentar una apelación rápida para solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención.
- 2. Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito como prueba de que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que recibió la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **La firmar de este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de cancelar la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos la atención durante un período más extenso, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe los plazos que debe seguir y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límites.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Servicio para Miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta decide si la fecha de finalización de su atención es correcta desde el punto de vista médico.

- La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: para hacerlo, comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con el objetivo de iniciar su apelación durante el mediodía anterior a la fecha de vigor que se indica en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales

Explicación detallada de la no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con el médico y revisará la información que nuestro plan le proporcionó.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación y le proporcionaremos la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se explica en detalle las razones por las cuales cancelamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria; los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan la apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si su apelación de Nivel 1 se rechaza, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que se tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad harán otra revisión exhaustiva de toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión acerca de su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** por la atención que recibe mientras sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen restricciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza la apelación?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que usted recibe, se explican por escrito los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluirá los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si se rechaza la apelación, usted debe decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelación además del Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo debe proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de que se tomara la decisión acerca de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar una apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Según se explica anteriormente, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, existe otra forma de presentar una apelación. Si presenta su apelación de esta otra forma, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Términos legales

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación expeditiva .
--

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Pida una revisión rápida.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta dentro de las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándares. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la decisión que tomamos sobre la fecha de cese de cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, reconsideramos toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted necesita servicios por más tiempo y seguiremos proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si sigue recibiendo servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que finaliza su cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al próximo nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de Revisión Independiente . A veces, se la denomina IRE .

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su apelación rápida. Esta organización decide si la decisión que tomamos debe modificarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que Medicare eligió para que funcione como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: Enviamos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. En la Sección 10 de este capítulo encontrará una explicación sobre cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, entonces debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar el monto de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó el plan con respecto a la primera apelación y no la modificará.
- En el aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente se explica lo que puede hacer si desea continuar al Nivel 3 del proceso de apelaciones.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Existen tres niveles más en el proceso de apelación además del Nivel 2, lo que hace un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo debe proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de que se tomara la decisión acerca de su apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un juez administrativo o un mediador revisan la apelación. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del procedimiento de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los siguientes niveles

Sección 9.1 Niveles 3, 5 y 4 de apelación para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación de los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si el valor económico del artículo o servicio médico por el cual presentó la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al valor del nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. En la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2 se le explicará cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión acerca de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se avanzará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con cualquier documento adjunto. Tal vez esperemos la decisión acerca de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba la apelación, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si el Consejo rechaza su apelación o niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de apelación. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las normas le permiten continuar y presentar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2	Niveles 3, 5 y 4 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D
--------------------	---

Esta sección puede ser la adecuada para usted si presentó una apelación de los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento para el que presentó una apelación reúne determinados niveles mínimos, usted podrá avanzar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá continuar con la apelación. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2 se le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación queda concluido.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** que aprobaron el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones expeditivas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación queda concluido.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones expeditivas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de apelación. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le informará con quién debe comunicarse y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

CÓMO PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamo.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo trató en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con nuestro Servicio para Miembros? • ¿Siente que le insinuaron que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para programar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Tuvo que esperar demasiado para recibir la atención de un médico, farmacéutico u otros profesionales de la salud? ¿O para que lo atienda el personal del Servicio para Miembros u otros empleados de nuestro plan?

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Reclamo	Ejemplo
	◦ A modo de ejemplo podemos mencionar esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de exámenes médicos, o al adquirir una receta médica.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o la condición de una clínica, un hospital o un consultorio del médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le entregamos un aviso necesario? • ¿Nuestra información escrita es difícil entender?
Puntualidad (Estos tipos de reclamo siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y rechazamos su solicitud. En ese caso, puede presentar un reclamo. • Considera que no cumplimos con los plazos para otorgarle una decisión de cobertura o de apelación. En ese caso, puede presentar un reclamo. • Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados servicios o artículos médicos o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar un reclamo. • Considera que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente. En ese caso, puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales
• Un reclamo también recibe el nombre de queja. • Presentar un reclamo también recibe el nombre de presentar una queja. • Usar el proceso de reclamos también recibe el nombre de usar el proceso para presentar una queja. • Un reclamo rápido también recibe el nombre de queja expeditiva.

Sección 10.3 Paso a paso: cómo presentar un reclamo

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Servicio para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que necesita hacer, el personal del Servicio para Miembros se lo hará saber.

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- **Así es como funciona nuestro procedimiento formal para responder quejas:**

Proceso de quejas estándar

Para utilizar nuestro proceso de quejas, debe llamarnos o enviar su reclamo por escrito por correo o fax. Consulte nuestra información de contacto a continuación para determinar cómo comunicarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre sus beneficios o su atención médica.

Llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. O envíe una solicitud por escrito a:

Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

También puede enviar su queja por fax al 215-849-7096.

Debemos recibir su queja dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente que provocó que usted presentara su reclamo. Una vez que recibamos su reclamo, un especialista en apelaciones comenzará una investigación. Debemos resolver su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero antes de 30 días calendario después de haber recibido su reclamo. Podemos ampliar el plazo hasta un máximo de 14 días calendario si usted solicita una extensión o si existe una necesidad justificada de información adicional y la demora puede beneficiarlo. Una vez que se tome una decisión, se lo notificaremos ya sea verbalmente o por escrito.

Proceso de quejas expeditivo (rápido)

Usted también tiene derecho a presentar una queja rápida. Una queja rápida es un tipo de reclamo que debe resolverse dentro de las 24 horas siguientes al momento en que se comunica con nosotros. Tiene derecho a presentar una queja rápida si no está de acuerdo con lo siguiente:

- La decisión de invocar una extensión de hasta 14 días en una determinación de cobertura/de la organización o una reconsideración/redeterminación.
- El rechazo de su solicitud para acelerar la determinación o reconsideración de una organización para servicios médicos.
- El rechazo de su solicitud para acelerar una determinación o redeterminación de cobertura para un medicamento recetado (solo planes con beneficio de la Parte D).

El proceso expeditivo de quejas es el siguiente:

Usted o un representante autorizado pueden llamarnos o enviar su reclamo por escrito por correo o fax indicando que desea presentar una queja rápida (expeditiva). Una vez que recibamos su reclamo, un especialista en apelaciones comenzará la investigación de inmediato. Investigaremos su reclamo y decidiremos dentro de las 24 horas si nuestra decisión de negarnos

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

a tomar una decisión rápida pone en riesgo su vida o su salud. Si determinamos que deberíamos haber acelerado su solicitud, lo haremos de inmediato y le notificaremos nuestra decisión. Consulte nuestra información de contacto a continuación para determinar cómo comunicarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre sus beneficios o su atención médica.

Llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477) del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.; del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.

O envíe una solicitud por escrito a:

Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

También puede enviar su queja por fax al 215-849-7096.

- La **fecha límite** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea presentar este reclamo.

Paso 2: Evaluamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, probablemente podamos darle una respuesta en esa misma llamada.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora puede beneficiarlo, o si usted nos solicita más tiempo, disponemos de un máximo de 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo comunicamos por escrito.
- **Si usted presenta un reclamo porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, aceptaremos automáticamente un reclamo rápido.** Si se le concedió la posibilidad de presentar un reclamo rápido, quiere decir que le daremos una **respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su reclamo, o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó dicho reclamo, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 10.4 También puede realizar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su reclamo es acerca de la *calidad de la atención*, usted tiene además otras dos opciones:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**

Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o reclamo? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad consta de un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede presentar su reclamo ante Medicare
--

Puede presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Cómo cancelar su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) puede ser **un hecho voluntario** (a su elección) o **involuntario** (ajeno a su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decidió que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones determinadas en las que debemos cancelar su membresía. En la Sección 5 se detallan las situaciones en las que debemos poner fin a su membresía.

Si deja nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Usted puede cancelar su membresía durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el **Período de Inscripción Abierta Anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el siguiente año.** Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir entre los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - –U– Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período Anual de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período Anual de Inscripción Abierta Medicare Advantage, usted puede** hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en este plan comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período Especial de Inscripción

En determinados casos, los miembros de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período Especial de Inscripción**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período Especial de Inscripción si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para que la “Ayuda Adicional” (Extra Help) pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si no cumplimos el contrato que tenemos con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

- **Nota:** Si está inscrito en un programa de manejo de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 encontrará más información sobre los programas de control de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para si es elegible para un Período Especial de inscripción, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - *—u—* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Nota:** Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Su membresía finalizará, por lo general, el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambiar su plan.

Si usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo es posible cancelar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Servicio para Miembros.**
- Obtenga información en el manual *Medicare y Usted de 2025*.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribese en el nuevo plan de Medicare.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	• Su inscripción en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribáse en el nuevo plan Medicare de medicamentos recetados. • Su inscripción en Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Servicio para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción a Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) se cancelará cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores dentro de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias dentro de la red o el servicio de pedidos por correo para surtir sus recetas médicas.**
- **Si a usted lo hospitalizan el día en que se cancela su membresía, dicha hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (aunque le den el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) debe cancelar su membresía en el plan ante cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Servicio para Miembros y determinar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membrecía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membrecía por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.
- Si se le exige que pague el monto adicional para la Parte D debido a su nivel ingreso y usted no la paga, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membrecía, llame al Servicio para Miembros.

Capítulo 10 Cómo cancelar su membresía en el plan

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o hacer un reclamo acerca de nuestra decisión de poner fin a su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que rige este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Atención Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o si tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Servicio para Miembros. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el personal del Servicio para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos por Medicare para cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones sobre los CMS en el Título 42 Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría según las reglamentaciones para los CMS en los subapartados B al D del apartado 411 del título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen las Leyes Estatales.

CAPÍTULO 12:

*Definiciones de términos
importantes*

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de ofrecer servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: ocurre cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le cobra a un paciente un monto más alto que el monto de distribución de costos permitido del plan. Como miembro del plan Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO), usted solo debe pagar los montos de distribución de costos de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No les permitimos a los proveedores **facturar un saldo** o de otro modo cobrarle más que el monto de distribución de costos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: es la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en el que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada después de la finalización de un período de beneficios, se inicia un nuevo período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios es ilimitada.

Producto biológico: es un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: es un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte “biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: es un medicamento recetado que fabrica y vende la empresa farmacéutica que originalmente realizó la investigación y lo desarrolló. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos fabrican y venden los medicamentos genéricos que, en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica: es la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) gastaron \$2,000 en medicamentos

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Plan para Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos (C-SNP): los C-SNP son Planes de Necesidades Especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en el Título 42, Sección 422.2 del CFR, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en Artículo 42 Sección 422.4(a)(1)(iv) del CFR.

Coseguro: es un monto expresado en porcentaje (por ejemplo, 20%) que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los servicios y los medicamentos recetados.

Monto máximo de bolsillo combinado: es lo máximo que pagará en un año por todos los servicios de las Partes A y la Parte B de proveedores dentro de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

Reclamo: el nombre formal que se usa para referirse a la presentación de un reclamo es **presentar una queja**. El proceso de reclamos *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye reclamos cuando su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): es un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios para patologías del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: un monto que quizá deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Distribución de costos: este término hace referencia a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). La distribución de costos incluye todas las combinaciones de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier monto de coseguro que corresponde pagar como porcentaje del monto total que se paga por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Nivel de distribución de costos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los 5 niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

Determinación de cobertura: es una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. Generalmente, si usted lleva la

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

receta a una farmacia y en esta le informan que nuestro plan no la cubre, eso no es una determinación sobre la cobertura. Usted debe llamar o escribir al plan para solicitar la decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para describir todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos en esta EOC para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura válida de medicamentos recetados: es la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura se vuelven elegibles para participar en Medicare, por lo general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o cuidado de enfermería especializado. La atención de custodia está a cargo de personas que no tienen conocimientos o entrenamiento profesional y que ayudan a realizar las tareas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, sentarse y levantarse de una silla, acostarse y levantarse de la cama, movilizarse y utilizar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, por ejemplo, colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de distribución de costos: este tipo de tasa puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de distribución de costos es igual al copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y un suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de distribución de costos” es de \$1 por día.

Deducible: es el monto que usted debe pagar por la atención médica antes de que el plan pague su parte.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: es el proceso por el que se pone fin a su membresía en nuestro plan.

Tarifa de dispensación: es una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo por surtir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (D-SNP): es el tipo de plan en el que se inscribe a las personas que tienen derecho a recibir tanto asistencia de Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Equipo médico duradero (DME): es un término que se usa para referirse a ciertos equipos médicos que indica un profesional médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia médica: es un evento que sucede cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: son los servicios cubiertos que cumplen con las siguientes características: (1) son servicios que proporciona un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) son servicios necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: hace referencia a este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario (una excepción al formulario), o recibir un medicamento no preferido al nivel preferido de distribución en los costos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que le eximamos de la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Ayuda Adicional (Extra Help): es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: es un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y que tiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico funciona del mismo modo que un medicamento de marca y, por lo general, es menos costoso.

Queja: es un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias e incluye un reclamo relacionado con la calidad de su atención. Este no incluye las disputas por motivos de cobertura o pago.

Asistente de atención médica a domicilio: es una persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizados, como ayuda para el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro de cuidados paliativos: es un beneficio que le permite acceder a tratamiento especial para un miembro cuya enfermedad terminal se certificó médicamente, lo que significa que tiene una

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos entregarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados: hace referencia a la estadía en el hospital cuando usted fue ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual conforme a los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagan una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: es el límite máximo de la cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa previa a que los gastos de bolsillo para el año alcancen el monto umbral de gastos de bolsillo.

Período de Inscripción Inicial: es el período durante el cual puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare después de haberse vuelto elegible por primera vez para acceder a Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, que incluye el mes en el que cumple 65, y finaliza 3 meses después de dicho mes.

Monto máximo de bolsillo dentro de la red: es el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores dentro de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores dentro de la red por el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto máximo de gastos de bolsillo combinado, debe seguir pagando su parte del costo cuando lo atienda un proveedor fuera de la red (no preferido).

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): es la lista de los medicamentos recetados que cubre el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Programa de descuento del fabricante: es un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Medicaid (o Medical Assistance): es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Indicación médicamente aceptada: significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que cuenta con el respaldo ciertos libros de referencia.

Médicamente necesario: son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de referencias médicas, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales Estadounidenses y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

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

Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: es el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): también conocido como Parte C de Medicare. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de las Partes A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO ii) un plan PPO, iii) un Plan Privado de Tarifa por Servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de vista, dentales, o de audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud Medicare: es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que la Parte A o la Parte B no cubren.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Póliza de Medigap (Seguro Complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare que venden las compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en la cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo pueden utilizarse con Original Medicare. (El plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se inscribió en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio para Miembros: es un departamento de nuestro plan a cargo de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia dentro de la red: es una farmacia con un contrato con nuestro plan donde los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor dentro de la red: proveedor es el término general para referirse a los médicos, otros profesionales de atención médica, los hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los **proveedores dentro de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. A los proveedores dentro de la red también se los conoce como proveedores del plan.

Determinación de la organización: es una decisión de nuestro plan en la que se determina si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: es un producto biológico que recibió la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se lo conoce como producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Original Medicare cubre los servicios de Medicare mediante el pago a los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica de los montos que establece el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del mismo. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red no tienen cobertura de la red nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: hace referencia a un proveedor o un centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son nuestros empleados, no son de nuestra propiedad y no son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de distribución de costos que se encuentra más arriba. El requisito de distribución de costos del miembro, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: es el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: es un plan del Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE) en el que se combinan servicios de atención médica, atención social y cuidados y soportes a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas débiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para personas mayores) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: es un monto que se agrega a su prima mensual de cobertura para medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más después de que usted empieza a ser elegible para acceder a la Parte D del plan.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si se reciben de proveedores dentro o fuera de la red. La distribución de costos, por lo general, es más alta para el miembro cuando recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos de bolsillo para los servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los gastos de bolsillo totales combinados por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: es el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): es el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de Medicare debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la parte de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen autorización previa de nuestro plan. En un PPO, no necesita autorización previa para recibir servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido. En el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prótesis y órtesis: son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y tratamiento de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: es una herramienta de control diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, el uso de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: es un portal o una aplicación informática en los que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el miembro. Esto incluye los montos de la distribución de costos, los medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen terapia física, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: es un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): son los servicios de atención de enfermería especializados y servicios de rehabilitación que se reciben de manera continua, todos los días, en un centro enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen terapia física o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Periodo Especial de Inscripción: periodo establecido durante el cual los miembros pueden cambiarse de plan de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

las que puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial incluyen lo siguiente: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un centro de cuidados paliativos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: es un plan especial de Medicare Advantage que brinda atención médica especial para ciertas personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar de ancianos o las que tienen alguna afección médica crítica.

Terapia escalonada: es una herramienta que exige que usted primero pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó en un primer momento.

Ingresos de seguridad suplementaria (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que padecen discapacidades, ceguera o que tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio requerido urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio dentro de la red. proveedores con los que el plan tiene contrato. Los ejemplos de servicios urgentemente necesarios incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias que hace al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicio para Miembros de Jefferson Health Plans Flex Pro (PPO)

Método	Servicio para Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-866-901-8000 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre El Servicio para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
ESCRIBA A	Attn: Member Relations Jefferson Health Plans Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight (PA MEDI)

PA MEDI es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Pennsylvania Medicare Education and Decision Insight: información de contacto
LLAME AL	1-800-783-7067 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
ESCRIBA A	Pennsylvania Department of Aging 555 Walnut Street, 5th Floor Harrisburg, PA 17101-1919
SITIO WEB	www.aging.pa.gov/aging-services/medicare-counseling/Pages/default.aspx

Cláusula de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la petición de información a menos que se exhiba un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario,

*escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05,
Baltimore, Maryland 21244-1850.*

H1619_MCE-810MCC-5981-003-ES_C