



Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura de 2026:

Sus beneficios y servicios de salud, y la cobertura de medicamentos de Medicare como Miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO)

En este documento se proporcionan detalles acerca de la cobertura de la atención médica y de los medicamentos de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

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

- La prima de nuestro plan y la distribución de costos.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- El modo de presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Los horarios son 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. Esta llamada es gratuita.

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

Si desea solicitar información en un formato alternativo (como braille, formato grande o CD de audio), comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-901-8000. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477. 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 documento).

Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, red de farmacias o red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Índice**Índice**

CAPÍTULO 1:	Primeros pasos como miembro	4
SECCIÓN 1	Usted es miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO)	4
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad para el plan	5
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía	6
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes para 2026	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual del plan	12
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado el registro de su membresía de nuestro plan	14
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	14
CAPÍTULO 2:	Números telefónicos y recursos	16
SECCIÓN 1	Contactos de Jefferson Health Plans Elite (HMO)	16
SECCIÓN 2	Obtener ayuda de Medicare	21
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP)	22
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	23
SECCIÓN 5	Seguro Social	23
SECCIÓN 6	Medicaid	24
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	25
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)	28
SECCIÓN 9	Si tiene un seguro grupal o algún otro seguro de salud de un empleador	29
CAPÍTULO 3:	Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos	30
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	30
SECCIÓN 2	Use proveedores dentro de la red de nuestro plan para obtener atención médica	32
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de atención de urgencia	35
SECCIÓN 4	Cómo proceder si recibe la factura directamente por los costos totales de los servicios cubiertos	37
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	38
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud	40
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero	41
CAPÍTULO 4:	Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) ...	43

Índice

SECCIÓN 1	Explicación de sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos	43
SECCIÓN 2	El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos	44
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	82
CAPÍTULO 5:	Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D	86
SECCIÓN 1	Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan	86
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia dentro de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan	86
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan	89
SECCIÓN 4	Medicamentos con restricciones en la cobertura	91
SECCIÓN 5	Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría	93
SECCIÓN 6	Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	95
SECCIÓN 7	Tipos de medicamentos que no cubrimos	97
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	98
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	99
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y utilización de medicamentos	101
CAPÍTULO 6:	Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D	104
SECCIÓN 1	Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D	104
SECCIÓN 2	Etapas de pago de medicamentos para miembros de Jefferson Health Plans Elite (HMO)	106
SECCIÓN 3	Su <i>Explicación de Beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra	106
SECCIÓN 4	No hay deducible para Jefferson Health Plans Elite (HMO)	108
SECCIÓN 5	La Etapa de Cobertura Inicial	108
SECCIÓN 6	La Etapa de Cobertura Catastrófica	112
SECCIÓN 7	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D	113
CAPÍTULO 7:	Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	115
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos	115
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reintegro o el pago de una factura que usted recibió	118
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le comunicaremos si la aceptamos o la rechazamos	118

Índice

CAPÍTULO 8:	Sus derechos y responsabilidades	120
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural	120
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	125
CAPÍTULO 9:	Si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)	127
SECCIÓN 1	Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	127
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	127
SECCIÓN 3	Qué proceso se puede utilizar para su problema	128
SECCIÓN 4	Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones	128
SECCIÓN 5	Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	132
SECCIÓN 6	Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	140
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto	149
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	154
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5	158
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras preocupaciones	161
CAPÍTULO 10:	Finalización de la membresía en nuestro plan	166
SECCIÓN 1	Finalización de su membresía en nuestro plan	166
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	166
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	168
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted deberá seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	169
SECCIÓN 5	Jefferson Health Plans Elite (HMO) debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertos casos	170
CAPÍTULO 11:	Avisos legales	172
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	172
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	172
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	173
CAPÍTULO 12:	Definiciones	174

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Jefferson Health Plans Elite (HMO), un plan de HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica de Medicare y sus medicamentos a través de nuestro plan Jefferson Health Plans Elite (HMO). Nuestro plan cubre 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 Elite (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización de mantenimiento de la salud) que cuenta con la aprobación de Medicare y que está administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted, relacionado con la cobertura de Jefferson Health Plans Elite (HMO) 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 Elite (HMO) entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios a nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Jefferson Health Plans Elite (HMO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Jefferson Health Plans Elite (HMO) todos los años. Usted podrá seguir recibiendo la cobertura de Medicare como

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo nuestro plan y que Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la [Sección 2.2](#)). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Si es ciudadano o residente legal en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Jefferson Health Plans Elite (HMO)

Jefferson Health Plans Elite (HMO) 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 nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de New Jersey: Atlantic, Burlington, Camden, Cape May, Gloucester, Mercer, Cumberland, Salem.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Llame al Servicio para Miembros al **1-866-901-8000** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-454-8477**) 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.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios del servicio TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residente legal en los EE. UU.

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o encontrarse en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Jefferson Health Plans Elite (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro de nuestro plan por este motivo. Jefferson Health Plans Elite (HMO) deberá cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro**SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía****Sección 3.1 La tarjeta de membresía del plan**

Utilice su tarjeta de membresía cada vez que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias dentro de la red. Además, debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Muestra de su tarjeta de membresía del plan:



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 Elite (HMO), 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 al **1-866-901-8000** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-454-8477**) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/> se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros 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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 Elite autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores y farmacias* <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/> enumera nuestras farmacias de la red. Las **farmacias dentro de la red** son las farmacias que acordaron surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el Directorio de farmacias para encontrar la farmacia dentro 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 de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Los Directorios de proveedores y farmacias en formato impreso que solicite se le enviarán por correo postal en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (también llamada la “Lista de Medicamentos” o formulario). 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 Elite (HMO). Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de Medicamentos a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de Medicamentos de Jefferson Health Plans Elite (HMO).

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

Le proporcionaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare o llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que esta suma. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	\$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más información).	\$6,000
Visitas al consultorio del médico de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 por visita
Estadía hospitalaria para paciente hospitalizado	\$450 por estadía \$838 para los días 91+
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más información)	\$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidos el Deducible anual, la Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica).	Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Medicamento del Nivel 1: \$0 Medicamento de Nivel 2: \$0 Medicamento de Nivel 3: 25% Medicamento de Nivel 4: 34% Medicamento de Nivel 5: 33% Usted paga \$35 por el suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3, 4 y 5. Etapa de Cobertura Catastrófica: En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

- Prima del plan (Sección [4.1](#)).
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección [4.2](#)).
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección [4.3](#)).
- Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos (Sección [4.4](#)).
- Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección [4.5](#)).

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual por separado por Jefferson Health Plans Elite (HMO).

Si usted *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas en esta *Evidencia de Cobertura* no le corresponda.**

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima para la Parte A si no es elegible 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 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 de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos. La cobertura válida para medicamentos 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 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. Usted deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscriba por primera vez en Jefferson Health Plans Elite (HMO), le informaremos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- 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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

cobertura de medicamentos es válida. Puede obtener esta información en una carta o un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información ya que puede necesitarla más adelante para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** En cualquier aviso o carta 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 estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura válida de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. 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, el porcentaje de la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país correspondiente al año anterior (prima nacional básica del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de esta prima es \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima nacional básica del beneficiario y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% por \$38.99, lo que equivale a \$5.45. Este monto se redondea a \$5.46. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- **La multa puede cambiar todos los años** debido a posibles cambios anuales en la prima nacional básica del beneficiario.
- **Usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en 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

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

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 2 años. Si el cálculo supera un monto determinado, usted pagará la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA 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 de nuestro 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 IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro 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 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 medicamentos recetados 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 del plan

Sección 5.1 Cómo pagar su multa

Existen cuatro formas en las que usted puede pagar la multa.

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 con 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.

Opción 4: Deducir las multas por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cómo cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar el modo en que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que deba esperar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, todavía debe asegurarse de que la multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con el Servicio para Miembros para obtener más información acerca de cómo pagar su prima mensual de esta manera. Nos complacerá ayudarle con este tema.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D a tiempo, si la adeuda, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para consultar si le podemos recomendar programas que lo ayuden con sus costos.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No se nos permite cambiar el monto de 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 la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero próximo.

Sin embargo, en algunos casos es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que deba empezar a pagarla. Esto puede suceder si usted se vuelve elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) o si pierde la elegibilidad para este programa durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se vuelve elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) durante el año, usted podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde su derecho a recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía en la Parte D si cumple 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Obtenga más información sobre la “Ayuda Adicional” (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

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

Su registro de membresía 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, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de distribución de costos**. Por este motivo, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si presenta cualquiera de estos cambios, háganoslo saber:

- 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 o pareja de hecho, indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Cualquier reclamación por responsabilidad, como una reclamación por un accidente automovilístico.
- Si fue admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención de emergencia o en un hospital fuera de la red o fuera del área.
- Si su responsable designado (por ejemplo, su cuidador) cambia.
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** Usted no tiene la obligación de informarle a nuestro 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios del servicio TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta en la que se enumeran las otras coberturas de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Es posible que sus otras aseguradoras le

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

soliciten el número de ID de miembro de nuestro 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), las reglas de Medicare deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga en primer lugar (el “pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“pagador secundario”) 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 y 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 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.

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.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

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

SECCIÓN 1 Contactos de Jefferson Health Plans Elite (HMO)

Si necesita ayuda con las reclamaciones, la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Jefferson Health Plans Elite (HMO) al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Nos complacerá ayudarle.

Servicio para Miembros: información de contacto

Llame al	1-866-901-8000 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. Servicio para Miembros en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) 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. 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	Attn: Member Relations Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar 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 de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Decisiones de cobertura relacionadas con la atención médica: información de contacto**

Llame al	1-866-901-8000 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.
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.
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

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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Apelaciones relacionadas con 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	215-991-4105
Escriba a	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Cómo presentar 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 las disputas por motivos de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Reclamos sobre la atención médica: información de contacto

Llame al	1-866-901-8000 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.
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.
Fax	215-991-4105
Escriba a	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio web de Medicare	Para presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Elite (HMO) directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

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 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**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	Para presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Elite directamente ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del 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 nosotros, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

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

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.; y 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 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.; y 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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto**

Sitio web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare
------------------	--

SECCIÓN 2 Obtener ayuda de 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 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 (CMS). Esta agencia tiene contrato con organizaciones Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto

Llame al	1-800-MEDICARE (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.
Chat en vivo	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Escriba a	Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Medicare: información de contacto**

- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para comunicarle a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre Jefferson Health Plans Elite (HMO).

Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus reclamos con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En New Jersey, el SHIP se llama State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

SHIP 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.

Los asesores de SHIP pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar reclamos sobre su atención o tratamientos médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, ayudarle a presentar reclamos sobre su atención o tratamientos médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de SHIP también pueden ayudarle 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.

State Health Insurance Assistance Program: Información de contacto

Llame al	1-800-792-8820 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.
Sitio web	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En New Jersey, 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. Ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que el período de cobertura por su estadía hospitalaria finalizará demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para la atención médica domiciliaria, los servicios en centros de enfermería especializada o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Livanta - New Jersey – Información de contacto

Llame al	1-866-815-5440 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	1-866-868-2289 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
Sitio web	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de las inscripciones en Medicare. 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

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

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, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social: información de contacto

Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Utilice 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 a. m. a 7 p. m.
Sitio 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. Medicaid ofrece programas que 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 Medicare Parte A y Parte B y otros montos de la distribución de costos (como los deducibles, los coseguros y los copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales 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 los Programas de ahorros de Medicare, comuníquese con NJ FamilyCare.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Método NJ FamilyCare – Información de contacto**

Llame al	1-800-701-0710 Las llamadas a este número son gratuitas. Lunes y jueves, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.; martes, miércoles y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 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	<i>[Insert address]</i> <i>[Note: plans may add email addresses here.]</i>
Sitio web	www.njfamilycare.org/default.aspx

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

En el sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) encontrará información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

“Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado “Ayuda Adicional” (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para las personas con ingresos y recursos limitados. Si cumple los requisitos, usted recibirá ayuda para pagar su prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La “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 púrpura por correo para informárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help):

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para aplicar en línea.
- Llame a Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite “Ayuda Adicional” (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique lo contrario en la solicitud de “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos

Si califica para la “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le ayuda a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- 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 correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando surta su próxima receta. Si paga de más por su copago, se lo devolveremos, ya sea con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted les adeuda un monto, 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. Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) si tiene alguna pregunta.

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

Muchos estados 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)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Los medicamentos de Medicare Parte D que también están cubiertos por el Formulario del ADAP califican para recibir ayuda con la distribución de costos de los medicamentos recetados a través de AIDS Drug Distribution Program (ADDP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida la evidencia de residencia estatal y la condición de VIH, 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 1-877-613-4533.

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica**

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

En New Jersey, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Pharmaceutical Assistance to the Aged & Disabled (PAAD).

Pharmaceutical Assistance to the Aged & Disabled (PAAD): Información de contacto

Llame al	1-877-613-4533 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
Escriba a	PAAD-HAAAD P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
Sitio web	https://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/paad/

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del **año calendario** (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) o visite www.Medicare.gov.

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, Servicio para Miembros 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablen inglés.
-----------------	--

Capítulo 2: Números telefónicos y recursos**Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto**

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. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre.
Escriba a	Jefferson Health Plans Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicareprescriptionpaymentplan

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

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, debe informarles 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.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a. m. a 3:30 p. m. y los miércoles de 9 a. m. a 12 p. m. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de RRB y recibir información grabada 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 no son gratuitas.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto

Sitio web	https://RRB.gov
------------------	---

SECCIÓN 9 Si 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 grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) 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). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos 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 ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual para los medicamentos con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura para su atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4.

Sección 1.1 **Proveedores de la red y 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 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 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 equipos y los medicamentos recetados que cubre nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 **Reglas básicas para que nuestro plan cubra la atención médica**

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

Jefferson Health Plans Elite (HMO) cubrirá generalmente su atención médica siempre y cuando suceda lo siguiente:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- **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 cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), que brinda y supervisa la atención médica que usted recibe.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (consulte la Sección [2.1](#) para obtener más información).
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe otorgarle una aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda utilizar ciertos otros proveedores de la red de nuestro plan, como hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección [2.3](#).
 - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP, vaya a la Sección [2.2](#).
- **Usted debe obtener atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección [2](#)). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que usted deberá pagar al proveedor el monto total por los servicios que reciba. Hay 3 excepciones:
 - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o requeridos urgentemente, vaya a la Sección [3](#).
 - Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare debe estar cubierta por nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que provean esta atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red con la misma distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar esta atención. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si recibiese la atención de un proveedor dentro de la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para visitar a un médico fuera de la red, consulte la Sección [2.4](#).

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Nuestro plan cubre 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 nuestro plan nunca pueden exceder el monto de la distribución de costos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su distribución de costos no pueden 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, su distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores dentro de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise la atención médica**¿Qué es un PCP y qué hace el PCP 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 elegir un PCP?

En la mayoría de los casos, elegirá un PCP cuando se inscriba en Jefferson Health Plans Elite (HMO) e ingrese el nombre de ese PCP y el número de proveedor en su formulario de inscripción. 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 nuestro 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 de 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 elegir un nuevo PCP.

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 ID de reemplazo que muestre la información de su nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, llame al Servicio para Miembros. Para solicitar una tarjeta de ID 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 Atención médica que puede recibir sin una remisión del PCP

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

- Atención de rutina para la salud de la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor dentro de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores dentro y fuera de la red.
- Los servicios requeridos urgentemente cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Los ejemplos de servicios requeridos urgentemente incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible de manera provisoria.
- Servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicios de nuestro plan de manera temporal. Si es posible, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarlo a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

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. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los traumatólogos atienden a pacientes con 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 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa.

La cobertura está disponible para ciertos servicios proporcionados por proveedores y centros fuera de la red bajo el beneficio en el nivel de distribución de costos fuera de la red.

Cuando 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 pertenecen a la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted cuenta con estos derechos y protecciones:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos 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 3 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 visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si se está sometiendo a un tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le siga administrando el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con distribución de costos dentro de la red. Se requiere autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle 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 a nuestro plan, o ambas. (Consulte el Capítulo 9).

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

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de atención de urgencia

Sección 3.1 Cómo recibir atención en caso de una emergencia médica

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.
- **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.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Servicios cubiertos en 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 condición 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 la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores dentro de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿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 considerara que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, luego de que los médicos hayan manifestado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de uno de estos 2 modos:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención.
- La atención adicional que usted recibe se considera como servicios requeridos urgentemente, y usted sigue las reglas a continuación para obtener esta atención médica urgente.

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando necesita servicios requeridos urgentemente

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio requerido urgentemente si se encuentra de manera temporal fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. 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 al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible de manera provisoria.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

Nuestro plan cubre servicios de atención urgente y de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en 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 nuestro plan.

Visite 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, nuestro 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. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Si pagó más de lo que indica la distribución de costos de nuestro plan por sus servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Jefferson Health Plans Elite (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización, deberá 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 Servicios médicos 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. 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 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. Deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó.

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 nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también 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, le 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 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

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.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

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.

Ejemplo de distribución de costos en un ensayo clínico: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 bajo 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. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y enviaría la documentación, como una factura del proveedor, a nuestro plan. Luego, nuestro plan le pagaría directamente \$10. Entonces, su pago neto por la prueba es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- 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 CT.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier participante del ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare, *Medicare y los estudios de investigación clínica*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY pueden 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 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, cubriremos la 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 médica por motivos no médicos).

Sección 6.2 Cómo obtener atención 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.

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.
- Nuestro plan solo cubre 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 Usted no 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 el uso de los miembros en el hogar. El miembro siempre adquirirá la propiedad de algunos artículos del DME, como las prótesis. En el caso de otros tipos de DME, los 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. **Como miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO), por lo general, no obtendrá la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No podrá obtener la propiedad 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. Para obtener más información, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477).

¿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 de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

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. No obtuvo la posesión del artículo mientras estaba inscrito en nuestro plan. 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. Los pagos que ya haya realizado (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

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

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro y contenido de oxígeno.

Capítulo 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

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

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

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 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 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, por lo cual debe realizar copagos durante los primeros 36 meses otra vez. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

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

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos enumera los servicios cubiertos y se muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO). Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos

Los tipos de gastos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** es un monto fijo que paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el Programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no paga deducibles, copagos, ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de ?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos de la red que están cubiertos por nuestro plan. A este límite se lo denomina monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 este monto es \$6,000.**

Los montos que paga por copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos de la Parte D no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Si sus pagos alcanzan el monto máximo de gasto de bolsillo de \$6,000, usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la

Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero la pague por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO), tiene una protección importante porque, solo debe pagar su monto de distribución de costos cuando obtiene servicios que cubre nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **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.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- 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.
- 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 recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato celebrado entre el proveedor y nuestro 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. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios requeridos urgentemente).
 - Si obtiene 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. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios requeridos urgentemente fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le facturó un saldo, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas se enumeran los servicios que Jefferson Health Plans Elite (HMO) cubre y lo que usted paga de gastos de bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está en el Capítulo 5).

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

Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse según las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos 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.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no tendrá cobertura, a menos que sea una emergencia o urgencia, o que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que usted paga al proveedor el monto total por los servicios fuera de la red que recibe.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), que brinda y supervisa la atención médica que usted recibe.
- Algunos servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor dentro de la red obtiene nuestra autorización (a veces denominada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan autorización por adelantado se indican en cursiva en el Cuadro de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor a cargo del tratamiento.

Otra información importante sobre nuestra cobertura:

- 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*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos del Original Medicare, consulte el manual *Medicare y Usted para 2026*. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

- Para 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 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una única prueba de detección por ultrasonido para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión 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).	\$10 de copago por cada tratamiento de acupuntura.
Acupuntura para el dolor crónico de la espalda baja Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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 asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.	\$0 de copago para tratamientos de acupuntura cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 Seguro 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 District of Columbia. 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 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 nuestro plan. En el caso de los servicios de ambulancia cubiertos que no sean de emergencia, se debe documentar 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, ningún tratamiento recibido está	\$210 de copago de por cada servicio de ambulancia terrestre de ida o vuelta 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 admitido en el hospital.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
cubierto por la cobertura de este plan, cualquier costo asociado con 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.	
Examen físico anual Tiene cobertura para un examen físico de rutina por año. Este examen incluye servicios de laboratorio de detección según sea necesario.	\$0 de copago por cada examen físico anual.
 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. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar 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 haya hecho una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de tener la Parte B por más de 12 meses.	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 densitometría ósea cubierta por Medicare.
 Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años.	No hay coseguro, copago o deducible para las mamografías cubiertas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones y que tienen una remisión del médico. Nuestro plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva 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 atención primaria 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 de terapia del comportamiento y enfermedad cardiovascular.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis 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 de útero 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. Se requiere autorización previa.	\$0 de copago por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare por subluxación (cuando uno o más huesos de la columna se salen de su posición).
Servicios de tratamiento y control del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	\$0 de copago
 Examen de detección del cáncer colorrectal Los siguientes exámenes de detección 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. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. 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 \$300 de copago por una visita al hospital para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare o \$200 por cada visita al centro quirúrgico

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 colonografía por tomografía computarizada. • 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. Una vez 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. Una vez cada 3 años. • 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. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	ambulatorio cubierta por Medicare.
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, 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 una persona. Los 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 órganos. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios dentales preventivos:	\$0 de copago por acceso a \$5,000 para todos los servicios preventivos e integrales. \$40 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. Usted paga el costo de estos servicios dentales utilizando su asignación de tarjeta Flex.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- Exámenes bucales: limitado a 3 exámenes bucales cada año. - Profilaxis (limpieza): limitada a 3 limpiezas cada año. - Radiografías dentales: alas de mordida limitadas a 1 visita cada año. Radiografías panorámicas y de boca completa una vez cada 3 años. Servicios dentales cubiertos por Medicare Atención dental integral - La asignación proporcionada en una tarjeta de gastos flexible se puede utilizar para servicios dentales integrales que \$5,000 de monto máximo de cobertura del plan para servicios dentales integrales complementarios que incluyen lo siguiente: - Servicios de diagnóstico - Servicios de restauración: Rellenos blancos y plateados, coronas individuales, recementación de coronas - Endodoncia: Tratamientos de conducto - Periodoncia: Raspado y alisado radicular (limpiezas profundas) - extracciones; - Prostodoncia: Dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, ajustes de dentaduras postizas, reparaciones y rebases - Cirugía bucal/maxilofacial: Extracción de muelas del juicio, extracciones quirúrgicas, recontorneado del hueso de la mandíbula necesario para que quepan las dentaduras postizas, biopsias *Estos son los servicios dentales que puede recibir con la asignación de su tarjeta Flex. Se aplican limitaciones/los miembros pueden usar la tarjeta Flex en cualquier consultorio dental que acepte Mastercard, no hay ningún requisito de la red ni necesidad de presentar la tarjeta de identificación del plan. La asignación anterior es una asignación combinada que se puede utilizar para servicios dentales, de la visión y de la audición elegibles. Para obtener más información, consulte el beneficio de la tarjeta flexible complementaria.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 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 estos 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 2 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 cubiertos por Medicare.
 Servicios, suministros, y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulín 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. • Para personas con diabetes que tengan enfermedad grave de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que se entregan con los zapatos) por año calendario y 2 pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con prótesis y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación.	0% de coseguro para suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos. 20% de coseguro para 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.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Se requiere autorización previa para los suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos. Nuestros fabricantes preferidos son Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care. Se requiere autorización previa para más de un monitor de glucosa en sangre por año y/o tiras reactivas que superen las 150 tiras por 30 días.	\$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). 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 IV, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Por lo general, Jefferson Health Plans Elite cubre cualquier DME de las marcas y fabricantes de esta lista cubierto por Original Medicare. 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 Elite 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 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 de nuestro 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 la Sección 9).	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 20% cada año. Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito en Jefferson Health Plans Elite (HMO) durante 36 meses.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Obtenga DME únicamente de proveedores dentro de la red. No reembolsaremos compras realizadas en tiendas minoristas o en línea fuera de la red. <i>Se requiere autorización previa para ciertos DME y para el alquiler de todos los de DME.</i>	
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. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. 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 que recibe fuera de la red es la misma que para los servicios que recibe dentro de la red. Para obtener cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte el apartado “Cobertura de emergencias/urgencia en todo el mundo” a continuación en este Cuadro de Beneficios Médicos.	\$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 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 su condición de emergencia se estabilice, debe acudir a un hospital dentro de la red para que su atención siga teniendo cobertura. O deberá recibir atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y su costo será igual que el de la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.
 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	\$0 de copago para una membresía de SilverSneakers o una membresía de Salvation Army Kroc Center de Philadelphia

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 Salvation Army Kroc Center de Philadelphia en lugar de 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 se 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 \$500 - \$1,975 (ambos oídos combinados) cada dos años. El copago mínimo se aplica a los audífonos de nivel básico de un proveedor específico, mientras que el copago máximo se aplica a las opciones de nivel premium.	\$35 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. \$500 - \$1,975 de copago para audífonos.
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de contraer infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: - Un examen de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos: - Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.
Atención en una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, su médico debe certificar que usted realmente necesita dichos servicios y le solicitará a una agencia de atención médica domiciliaria que le brinde sus servicios. Usted debe estar	\$0 de copago para atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 domiciliaria y de enfermería especializada, a tiempo parcial o en forma intermitente (para estar cubierto con el beneficio de atención médica domiciliaria, la combinación de los servicios de enfermería especializada y del asistente de atención médica domiciliaria 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>	
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 una persona 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 nuestro 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. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$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.
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	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, es Original

Servicio cubierto	Lo que usted paga
que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir atención 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 nosotros poseemos, controlamos o sobre los cuales tenemos 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 nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe seguir pagando las primas del mismo. Para servicios de centros de cuidados paliativos y para servicios cubiertos por Medicare Part A o B y que estén relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (y no nuestro plan) pagará por los servicios al proveedor de cuidados 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. Para los servicios cubiertos por Medicare Part A o Part B que no se relacionan con su pronóstico terminal: si necesita servicios no de emergencia, que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Part A o B y que no están relacionados con su pronóstico 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).	Medicare y no Jefferson Health Plans Elite (HMO) quien paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la distribución de costos según Original Medicare. Para servicios cubiertos por Jefferson Health Plans Elite (HMO) pero que no están cubiertos por Medicare Part A o Part B: Jefferson Health Plans Elite (HMO) 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 pronóstico terminal. Usted paga el monto de la distribución de costos de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, usted paga la distribución de costos. Si están relacionados con su condición terminal de cuidados paliativos, 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. Nota: Si necesita atención convencional (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para que organicemos los servicios. <i>Se requiere autorización previa para los cuidados paliativos para pacientes hospitalizados.</i>	
 Inmunizaciones Los servicios cubiertos de Medicare Part B 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. • Vacunas contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer dicha enfermedad.	No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part B. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en función de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener información adicional.	
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. • 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 por abuso de sustancias para pacientes internados.	\$450 de copago por día estadía de atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$838 de copago por día por cada día de reserva de por vida 91+ 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). 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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre 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. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a un lugar local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Jefferson Health Plans Elite (HMO) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige obtener los trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. • 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 de 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 este tipo de paciente 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. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	admisiones electivas de pacientes hospitalizados. Todas las demás admisiones serán revisadas para determinar la necesidad médica y obtener autorización. Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
<i>Se requiere autorización previa para todas las admisiones electivas de pacientes hospitalizados. Todas las demás admisiones serán revisadas para determinar la necesidad médica y obtener autorización.</i>	
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Excepto en caso de una emergencia, su proveedor debe informarnos que usted será hospitalizado. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$450 de copago por día de estadía para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. 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). \$0 de copago por cada día de reserva de por vida (más de 91 días), cubierto hasta 60 días de reserva de por vida.
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. En algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de 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.	\$0 de copago por cada visita a un médico de atención primaria cubierta por Medicare. \$0 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. \$0 de copago por día para los procedimientos/pruebas/análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$25 de copago para radiografías cubiertas por Medicare. \$200 de copago para servicios radiológicos de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales; incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	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. \$25 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 haya remisión de su médico. 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 remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión cada año si necesita el tratamiento el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles bajo 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	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el objetivo de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos cuentan con cobertura de Original Medicare Part B. 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). • Otros medicamentos que se administran por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro 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. • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: 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. La cobertura de medicamentos de Medicare Part 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.	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 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 Medicare Part B (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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por boca 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) cubiertos por Medicare Part B. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato bajo el sistema de pago de la 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 los 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®, 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).	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Este enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a terapia progresiva: www.JeffersonHealthPlans.com/PartB. 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 medicamentos 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: • Distribución y administración de medicamentos del MAT (si corresponde). • Tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de EE. UU. • Asesoramiento sobre consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	\$25 de copago para servicios del tratamiento de opioides.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • Pruebas diagnósticas no de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias. <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0 de copago para procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. \$0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$25 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.
Observación hospitalaria 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 de observación hospitalaria 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 ley de licencia estatal y estatutos del personal del hospital para	\$300 de copago para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios por estadía.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
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: • 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 administrarse 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	\$300 de copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. \$200 de copago por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	
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 autorizado (LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro proveedor de atención de salud 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>	\$0 de copago por cada visita de salud mental para pacientes 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>	\$25 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 para trastornos por abuso de sustancias.	\$0 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	\$200 de copago por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Nota: Si van a realizarle una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si 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 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 distribuciones de costos de especialistas u otros profesionales de atención médica. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>	\$300 de copago por cada servicio de observación cubierto por Medicare.
Artículos de venta libre (OTC) Nuestro plan cubre hasta \$125 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 períodos del 1.º de enero al 31 de marzo, del 1.º de abril al 30 de junio, del 1.º de julio al 30 de septiembre y del 1.º de octubre al 31 de diciembre. El beneficio solo se puede utilizar en artículos para el miembro. 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 <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados. El <i>servicio ambulatorio intensivo</i> es 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 de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención que recibe	\$55 de copago por día para cada servicio de hospitalización parcial cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) 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 recibe 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 o especialista, 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. • 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.	\$0 de copago por cada visita al médico de atención primaria o servicio de telesalud cubierto por Medicare con un médico de atención primaria. \$0 de copago por cada visita a un especialista o servicio de telesalud con un especialista cubierto por Medicare. \$0 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 (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• 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 ◦ El chequeo no está relacionado 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 ◦ La evaluación no está relacionada con una consulta médica de 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 de otro proveedor dentro de la red antes de una cirugía.	autorización cuando se brindan a través de telesalud.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 o cortar uñas, o mantenimiento higiénico u otro mantenimiento preventivo, como limpiar y remojar los pies. - La atención de rutina de los pies se limita a 1 visita cada tres meses.	\$0 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare. \$0 de copago por cada consulta de podología de rutina.
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen:	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Medicamento de PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Un solo examen de detección del virus de la hepatitis B.	
 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 PSA anual.
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. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado de la vista más adelante en esta tabla para obtener más información.	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.	\$0 de copago por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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, recomendar tratamientos y recetar medicamentos, cuando corresponda, para cualquier problema médico que no sea 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.	\$0 de copago por servicios de Teladoc.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (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 4 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 al menos 20 atados por año y que actualmente fuman o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, y reciben una orden 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: los miembros deben</i>	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisiones compartidas cubiertos por Medicare ni para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
recibir orden escrita por parte de un médico o un profesional no médico calificado que se puede proporcionar durante cualquier 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. <i>Se requiere autorización previa.</i>	
 Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de servicios de salud calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por única vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
 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 2 sesiones individuales de 20 a 30 minutos de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Solo cubrimos estas sesiones a modo de	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y para el beneficio de asesoramiento preventivo de STI cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria; por ejemplo, un consultorio médico.	
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 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • 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 accesible). • 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 por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte Medicamentos de Medicare Part B en esta tabla.	\$0 de copago para servicios de educación sobre enfermedades renales cubierta por Medicare. 20% de coseguro para servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para conocer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). No se requiere una estadía hospitalaria previa.	\$0 de copago por día durante los días 1 - 20 para atención de enfermería especializada cubierta por Medicare.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • Los medicamentos que recibe como parte de nuestro 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 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. • 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, recibe la atención de SNF en centros que forman parte de la red. 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.	\$185 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 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 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o el consumo de tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si exhiben signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco. • Ser competentes y estar alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar el tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, con el paciente recibiendo hasta 8 sesiones por año).	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. La SET puede tener una cobertura que supere las 36 sesiones adicionales en un período extendido, más allá de las 36 sesiones	\$0 de copago por cada sesión de terapia de ejercicio supervisado cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Tarjeta complementaria Flex Card Los miembros pueden recibir \$5,000 por año para gastos adicionales en visión, odontología y audición. Los importes no utilizados no se transferirán. • Si los costos de servicio exceden su asignación, usted paga la diferencia; si es menor, el saldo restante se puede usar más adelante en el año del plan. • Los fondos se cargan en una tarjeta prepagada. • La tarjeta no funcionará en cajeros automáticos ni para devolución de efectivo. • Los fondos no utilizados vencen al final del año del plan y no se transfieren. • Para obtener más detalles o materiales sobre los detalles de la tarjeta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.	Usted puede recibir hasta \$5,000 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.	\$0 de copago por servicios de telemonitoreo.
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra de manera temporal fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los	\$10 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle la distribución de costos dentro de la red. Los ejemplos de servicios requeridos urgentemente incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible de manera provisoria.	
 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, cubrimos 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 2 operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar 2 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 \$0 - \$200 anuales: - un par de anteojos (lentes y monturas) - lentes de contacto	\$40 de copago para servicios de la visión cubiertos por Medicare. \$0 de copago para exámenes oculares de rutina. \$0 de copago para anteojos de rutina.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 Nuestro plan cubre una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, y educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [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 Medicare Part B. Cuando haga la cita, infórmele al personal del consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.	No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.
Cobertura de emergencias/urgencia en todo el mundo Nuestro 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.	\$0 de copago para servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección se describen qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

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).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias
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 ayudarle con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura 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).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa	Sin cobertura bajo ninguna condición
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	Sin cobertura bajo ninguna condición
Entrega de comidas a domicilio	Sin cobertura bajo ninguna condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Los servicios domésticos incluyen la asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas simples del hogar o la preparación de comidas simples	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura 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	Sin cobertura bajo ninguna condición
Habitación privada en un hospital	Solo tiene cobertura cuando es médicamente necesario
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros procedimientos para corregir la visión deficiente	Sin cobertura bajo ninguna condición
Reversión de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados	Sin cobertura bajo ninguna condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	Sin cobertura bajo ninguna condición
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros	Un par de anteojos con marcos estándar (o un conjunto de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas que implanta un lente intraocular.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
procedimientos para corregir la visión deficiente	
Atención de los pies de rutina	Cobertura limitada provista según las pautas de Medicare (p. ej., si tiene diabetes)
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos	Sin cobertura bajo ninguna condición
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	Sin cobertura bajo ninguna condición
Dispositivos de soporte para pies	Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético

CAPÍTULO 5:

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

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos para cuidados paliativos.

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

- 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, debe usar una farmacia dentro de la red para surtir su receta (Consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médica aceptada” es el uso de un medicamento que fue aprobado por la FDA, o avalado por determinadas fuentes. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información).

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

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

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

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

Sección 2.1 Farmacias dentro de la red**Cómo encontrar una farmacia dentro de la red en su área**

Para encontrar una farmacia dentro de la red, visite el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare) o llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

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

Si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red del plan, tendrá que encontrar otra farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o use el *Directorio de proveedores y farmacias* en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare.

Farmacias especializadas

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 obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).
- 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.
- Las farmacias que proveen medicamentos están limitadas 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, visite el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro del medicamento de al menos 30 días y de no más de 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)

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

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), 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.

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).

La farmacia recibe las recetas nuevas directamente desde el consultorio del médico.

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, 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 comuniquen 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 sus medicamentos recetados actuales se terminen, para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Sección 2.3 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. Nuestro plan ofrece 2 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. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de proveedores y farmacias* <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/>, 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) 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 la Sección 2.3.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia fuera de la red del plan

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 ayudarle, fuera de nuestra área de servicio contamos con farmacias dentro de la red en las que puede surtir medicamentos

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

recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero al Servicio para Miembros** al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477) para ver si hay alguna farmacia dentro de la red cerca.

Brindamos cobertura para recetas que se surten en farmacias fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- La receta es para una emergencia médica o una urgencia. Nota: No podemos pagar ninguna receta que se haya surtido en farmacias fuera de los Estados Unidos, incluso si se trata de una emergencia médica.
- No puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día dentro de una distancia razonable a la que pueda llegar conduciendo.
- La receta es para un medicamento cubierto de la Parte D que está agotado en una farmacia minorista accesible de la red o de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Cualquier reembolso se limitará al de un suministro de 30 días.

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. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero). 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.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro 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**.

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

En general, cubrimos un medicamento que esté en la Lista de Medicamentos de nuestro 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. Una indicación médicamente aceptada se refiere al uso de un medicamento en *una* de las siguientes situaciones:

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

- Uso aprobado del medicamento por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se recetó.
- Medicamento que tiene el apoyo de determinadas referencias, como la 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 medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. 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 habitualmente 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.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro 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, diríjase a la Sección 7).
- 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 5 distribuciones de costos para medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los 5 niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel, más alto es el costo del medicamento:

- Medicamento genérico preferido: el nivel de costo más bajo para medicamentos genéricos seleccionados.
- Medicamento genérico: un nivel de costo más alto para la mayoría de los demás medicamentos genéricos.

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

- Medicamento de marca preferido: 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.
- Medicamento 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 de nuestro plan. El monto que pagará por los medicamentos en cada distribución de costos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que se proporciona electrónicamente.
- Visite el sitio web del plan (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.
- Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare) para 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. También puede llamar al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

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.

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

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, 10mg frente a 100mg; una vez por día frente a 2 veces por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

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. Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que lo eximamos de esta restricción, debe 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 de nuestro plan según criterios específicos 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. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o en nuestro sitio web <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/prescription-drugs/prior-authorizations/>.

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 nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, nuestro plan puede requerir que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o en nuestro sitio web <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/prescription-drugs/step-therapy/>.

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 puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O una versión genérica del medicamento puede tener cobertura, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales para la cobertura.
- 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.

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 5.1 para saber qué puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o tiene restricciones, aquí hay opciones sobre lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro provisional

En ciertas circunstancias, nuestro 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 tome **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro 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 nuestro plan.
- **Si estuvo inscrito en nuestro plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.

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

- 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 de nuestro 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.
- **Para los miembros 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 Medicare Parte A y B), contamos con un proceso automatizado para garantizarle que reciba sus medicamentos. Su proveedor o farmacia también pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 30 días) le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura.**

Si tiene preguntas sobre este suministro provisional, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

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 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si otro medicamento cubierto por nuestro plan tiene el mismo mecanismo de acción. Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) y solicite una Lista de 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.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro 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 de nuestro plan. O puede pedir a nuestro 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.

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

Sección 5.1 Qué 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 de costos 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) y solicite una Lista de 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 a nuestro 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 ayudarle 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 Nuestra 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, nuestro plan puede realizar algunas modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan puede hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**
- **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.

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. A veces recibirá un aviso directo si se realizaron cambios para un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año 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 toma el medicamento que eliminamos o al que le hacemos cambios. Si toma 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.**
 - 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 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 solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas versiones biosimilares nuevas 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 toma ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**

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

- 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.
- 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 esté tomando.

Si realizamos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, 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 toma. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. 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 este año 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 le 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 le 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 toma (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 toma que le afectarán durante el año siguiente del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados 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 de la Parte D

A continuación, se presentan 3 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 Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan habitualmente 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 FDA.

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

- Medicamentos no recetados (también llamados 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, salvo las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro.
- 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 exija como condición de venta que los exámenes asociados o los servicios de control se compren solo al fabricante.

Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados, Ayuda Adicional no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. 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. (Los números telefónicos y la información de contacto de Medicaid se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia dentro de la red que elija. La farmacia dentro de la red le facturará de modo automático a nuestro plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

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

Si no tiene la información de la membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de su inscripción a nuestro 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**. Luego, puede **solicitarnos el reembolso** de 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 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por nuestro 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 recetados que utilice durante la estadía en el hospital. Cuando recibe el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro 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 Como 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* <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/> 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 al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). 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.

Si usted reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro provisional o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos a través de un plan grupal del empleador o de jubilación

Si tiene otra cobertura de medicamentos 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**. Este puede ayudarle a determinar si su cobertura actual para medicamentos 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 paga 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 para el siguiente año calendario es válida.

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

Guarde los avisos sobre la cobertura válida porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 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

Realizamos evaluaciones del uso de los medicamentos para a fin de garantizar que nuestros miembros 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 10.1 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar 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 distintas farmacias o personas que emitan recetas, 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:

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

Si planificamos limitar el modo en que obtiene 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

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

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 sobre 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 anemia falciforme, si está recibiendo cuidados paliativos o terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 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 ayudarlos 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. Se recomienda que mantenga actualizada su lista de medicamentos y que la lleve con usted (por ejemplo, con su ID) 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

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

retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

CAPÍTULO 6:

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

SECCIÓN 1 Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D

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 adicional LIS*), en el que se describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477) y solicite la *cláusula LIS*.

Utilizaremos “medicamentos” en este capítulo para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

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

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D cubiertos que se le puede solicitar que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra 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 de la Parte D

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de 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 de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,100 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:

- 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 de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Los pagos que haga por medicamentos que no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- 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 por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de 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 Descuentos de los 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

- El informe de la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* que recibe incluye el monto total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,100, en la *EOB de la Parte D*, 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 3.1, encontrará información sobre lo que puede hacer para garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a Jefferson Health Plans Elite (HMO). Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando surte o resurte una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte las recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle

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

cuando pase de una etapa de pago de medicamentos a otra. Llevamos el registro de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esta es la cantidad que pagó. 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, 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).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro 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 de nuestro 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 nuestro plan y qué pagó usted y otras personas en su nombre.
- **Los montos totales para el año desde el 1 de enero.** 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.** Esto muestra el precio total por medicamentos y la información sobre los cambios 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 muestra la información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada pedido de receta médica, si corresponde.

Sección 3.1 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 lo que paga.
- **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

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

las copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos de medicamentos:**

- 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 paga 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 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 nuestra 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 para Medicamentos contra 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 cree que falta algo o tiene preguntas, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Jefferson Health Plans Elite (HMO)

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

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

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, nuestro plan paga su parte de los costos de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte (su copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento del que se trate y del lugar donde surta su receta.

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

Nuestro plan tiene 5 niveles de distribución de costos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan 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:

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

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista dentro de la red.
- Una farmacia fuera de la red de nuestro 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 pedidos por correo de nuestro 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 de nuestro plan* <https://www.jeffersonhealthplans.com/medicare/find-a-doctor/>.

Sección 5.2 Sus costos para el suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o del coseguro depende del nivel 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.

Sus costos para el suministro de *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Distribución de costos para farmacia minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos para farmacia de 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)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 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 de marca no preferidos)	34% de coseguro	34% de coseguro	34% de coseguro	34% de coseguro
Nivel 5 de distribución de costos (Medicamentos especializados)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro

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

Capítulo 6: Lo que usted debe pagar por los medicamentos 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 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 para todo el mes, en caso de que esto le ayude a planificar las fechas de renovación.

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 paga por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de distribución de costos”) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos por el suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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.

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.

Sus costos por el suministro a largo plazo hasta 100 días de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Distribución de costos	
	para farmacia minorista estándar (dentro de la red) (hasta 100 días de suministro)	Distribución de costos para farmacia de pedidos por correo (hasta 100 días de suministro)
Nivel 1 de distribución de costos (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de distribución de costos (Medicamentos genéricos)	\$0 de copago	\$20 de copago
Nivel 3 de distribución de costos	25% de coseguro	25% de coseguro

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

Nivel	Distribución de costos para farmacia minorista estándar (dentro de la red)	Distribución de costos para farmacia de pedidos por correo
	(hasta 100 días de suministro)	(hasta 100 días de suministro)
(Medicamentos de marca preferidos)		
Nivel 4 de distribución de costos (Medicamentos de marca no preferidos)	34% de coseguro	34% 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 permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que su total anual de gastos de bolsillo alcance \$2,100

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance los **\$2,100**. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La EOB de la Parte D que recibe le ayudará a mantener un registro de lo que usted, nuestro plan y los terceros pagaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de **\$2,100** en un año.

Le informaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de Cobertura Catastrófica

Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted ingresa en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$2,100 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 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

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 de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos para vacunas específicas.

Existen 2 partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí misma**.
- La segunda parte es el 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 3 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 no tienen ningún costo para usted.

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.

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

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

- Cuando se le aplica la vacuna, 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 nuestra 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 paga nada.

A continuación, encontrará 3 ejemplos de manera en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Capítulo 6: Lo que usted debe pagar por los medicamentos 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 paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su 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 copago por la vacuna (incluida la administración).

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 paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su 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 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 por la administración de la vacuna menos cualquier coseguro que haya pagado.

CAPÍTULO 7:

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte 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 de nuestro plan o podría recibir una factura de parte del proveedor. En estos casos, puede solicitar que nuestro plan le devuelva el dinero (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 cubiertos por nuestro 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 por un monto mayor al que le corresponde pagar por su parte de la distribución de costos. 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 al de la distribución de costos que autoriza el plan. Si el proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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 emergencia o de urgencia de un proveedor que no está dentro de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece o no a nuestra red. En estos casos,

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de los servicios requeridos urgentemente. Los proveedores de servicios de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. 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 la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ya 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.

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.

- 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 nuestro 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. Debe enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por 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. Visite el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre 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 de nuestro plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía de nuestro plan con usted, puede solicitarle a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan. 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 de nuestro 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.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían obtener cobertura. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que se debe cubrir, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9, encontrará información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por 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

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional. 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* siguió 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 su derecho a apelar esta decisión.

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

Sección 3.1 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.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

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.).

Nuestro 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 nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, los servicios de interpretación, los telescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos, sin ningún costo, si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios de nuestro 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477).

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 de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro 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 de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro 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, para consultar a especialistas de salud para mujeres o para encontrar un especialista dentro de la red, llame al Servicio para Miembros para presentar una queja. También puede presentar un reclamo ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

(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 seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a visitar a un especialista en salud para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión. No le solicitaremos que obtenga remisiones para recurrir a los proveedores dentro de la red.

Usted tiene derecho a programar citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período 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 se 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.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- 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 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 de ver los expedientes médicos que guarda nuestro plan y 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 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 inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Jefferson Health Plans Elite (HMO), 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477):

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información acerca de la situación financiera de nuestro 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, se proporciona información sobre la cobertura de los medicamentos 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 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

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 ayudarle a tomar decisiones con los médicos acerca de qué tratamiento que más le conviene, usted tiene los siguientes derechos:

- **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. 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**. Los documentos tales como **testamento vital** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo configurar una directiva anticipada para dar instrucciones:

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Obtenga un 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. También puede llamar al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) y solicitar los formularios.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedirle a un abogado que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue 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.

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 no firmó un formulario de directivas anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según las leyes aplicables, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar un reclamo ante el State of New Jersey Department of Health, PO Box 360, Trenton, NJ 08625-0360.

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 Si cree que recibe un trato injusto o que no se respetan sus derechos

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 o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

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 acudiendo a los siguientes lugares:

- **Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-792-8820
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información acerca de sus derechos

Obtenga más información acerca de sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicio para Miembros de nuestro plan al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-792-8820
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para consultar la publicación *Derechos y Protecciones Medicare* (disponible en: www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *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 servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6 encontrará detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura de atención médica o de medicamentos además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1, encontrará información sobre la coordinación de estos beneficios.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía en nuestro plan cuando obtenga su atención médica o sus medicamentos 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 planes de 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 nuestros 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.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar estos pagos:
 - Debe seguir pagando una prima por Medicare Parte B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
 - Si se le solicita pagar 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 de nuestro 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, debe comunicárselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se explican 2 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).

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

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo contienen términos legales. La mayoría de las personas desconoce muchos de estos términos. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a conocer qué términos utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales en la explicación para resolver situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos dispuestos a ayudarle. Incluso si tiene un reclamo acerca de cómo lo tratamos, estamos obligados a cumplir con su derecho a hacer un reclamo. Siempre debe llamar al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477) para obtener ayuda. En algunas situaciones, quizás desee obtener ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (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 ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para tratar su problema. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios que ofrecen los asesores del SHIP son gratuitos.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame 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.
- Visite www.Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede utilizar para su problema

¿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 de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la **Sección 4, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10, Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras preocupaciones.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Parte B como **atención médica**. Se utiliza el proceso de apelaciones y la decisión de cobertura para saber si algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. 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 nuestro 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 usted o su médico de la red puedan demostrar que usted 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 circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimará 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 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 para usted. 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 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, usted puede solicitar una apelación expeditiva o **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, la apelación de Nivel 1 se desestimará, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de situaciones en las que se desestimará 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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en mayor profundidad en la Sección 6.

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 (este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llámenos al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477)**
- **Obtenga 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 debe ser designado como su representante. Llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477) y solicite el formulario *de Nombramiento de representantes*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare).
- Para la atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o 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 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.** Puede designar a otra persona para actúe como su representante en la solicitud de una decisión de cobertura o la presentación de una apelación.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). Este 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 de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo obtengamos. 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. 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 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Damos el detalle para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5** Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8** 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 domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral para paciente ambulatorios [CORF]*).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). También puede obtener ayuda o información en su SHIP.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación****Sección 5.1 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**

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 del Cuadro de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos 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 5 situaciones que se describen a continuación:

1. Usted no está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que nuestro plan cubre esta atención. **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 nuestro plan debe cubrir, pero le informamos que no pagaremos por esta 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 domiciliaria, 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. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura**Términos legales:**

Una decisión de cobertura que está relacionada con su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación expeditiva.**

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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 toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma 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 2 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 de recuperar la función.

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.

Esto significa que le brindaremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le comunicaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Parte B, 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 lo puede beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- 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 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 de la Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* debemos tomarnos más días, puede presentar un reclamo rápido. (Consulte la Sección 10 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.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación ante nuestro plan acerca de una decisión de cobertura para atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expeditiva**.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una decisión de apelación 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 atención, 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, accedemos 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.

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.
- Si es necesario, recopilaremos más información, y posiblemente nos comuniquemos 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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- 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 apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión 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**, 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 de la Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos demorar hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomará más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - 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).
 - 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 de la Parte B.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- **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 El proceso de 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 solicitarnos 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 sobre 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 de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si tuvo 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 independiente 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 de la Parte B, la organización de revisión independiente debe responder su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir dicha apelación.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará por escrito la decisión que tomó junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente 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 independiente 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 independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en cuestión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente 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 independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está 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 indicará lo siguiente:
 - Explicará su decisión.
 - Le informará sobre su 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 alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Le informará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9, encontrará una explicación de los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de una factura que recibió 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 las normas para utilizar la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. 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* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta en donde se explicará que no pagaremos la 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 nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de cobertura de rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso para apelaciones de 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 apelación. Si nos solicita que paguemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- 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 apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó, a usted o al proveedor, dentro de los 60 días calendario.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación****Sección 6.1 Esta sección 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 el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **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 que usted obtenga 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 explicando cómo contactarse con nosotros para solicitar 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 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 de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que se le exima de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto en un nivel de distribución de costos más bajo por un medicamento cubierto de un nivel de distribución de costos más alto. Solicite una excepción. **Sección 6.2**

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos 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 Solicitar una excepción**Términos legales:**

La acción de solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos es una **excepción al formulario**.

La acción de solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario**.

La acción de solicitar el pago de un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es 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 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está 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. Eliminar 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 5 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: 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 producto biológico, 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.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de distribución de costos de ningún medicamento de nuestro nivel de medicamentos especializados (Nivel 5).
- 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.

Nuestra Lista de Medicamentos por lo general 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 aceptaremos 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 de nuestro 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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar una nueva revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 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 rápidas** 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 2 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, sin el apoyo del médico o persona que receta, 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 u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, le concederemos una automáticamente.
 - Se le informe 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. 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 solicitarnos 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 a través del *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, los que están disponibles en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado se está apelando.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Esto lo 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 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 apelaciones, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de 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 de cobertura estándar 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 apelaciones, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de 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.

Plazos para una decisión de cobertura estándar del pago de un medicamento que ya adquirió

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o 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 cobertura, 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 1**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina **redeterminación** del plan.

Una apelación rápida 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 calendario. 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.

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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida la solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web.
- **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 apelaciones, 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 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 una declaración escrita en la que se explicarán los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de 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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, 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 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 nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que una organización de revisión independiente revisará su solicitud.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, también debemos pagarle en un plazo de **30 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 apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones 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 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: 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 independiente.
- **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.
- 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 solicitud a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina su **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos 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 sobre 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 independiente 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 independiente 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 independiente aprobó **dentro de las 24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente.

**Capítulo 9: 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**, deberemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** que la organización de revisión independiente aprobó **dentro de las 72 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente.
- **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 independiente 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 llama **confirmar 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 indicará lo siguiente:

- Explicará su decisión.
- Le informará sobre su 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.
- Le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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 decisión 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 más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una estadía hospitalaria para pacientes hospitalizados más prolongada si usted considera que se 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.

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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- 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 estadía hospitalaria más prolongada y su solicitud se evaluará.

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 2 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, pídselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 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** de 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 nombre 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 2 días calendario antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios por un período más prolongado como paciente internado, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 medianoche del día planificado para su alta.**
 - **Si cumple con el plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin pagar nada* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **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.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede obtener un ejemplo de este aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im>.

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 les 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 de revisión independiente *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.

¿Qué sucede si se rechaza la apelación?

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si la organización de revisión independiente *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 brinde la respuesta sobre la apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de 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 apelaciones.

Sección 7.3 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 se tomó en la 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 independiente acepta la apelación:

**Capítulo 9: 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 parte de los costos y tal vez haya limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente rechaza la apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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 decisión 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 más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, 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 estos 3 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.*

Si considera que cancelamos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se describe cómo presentar una apelación.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 8.1 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, 2 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 firma de este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de cancelar la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos la atención durante un período más extenso, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman al 1-877-454-8477). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 expertos 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: 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 utilizando la información de contacto que se encuentra en el Aviso de no cobertura de Medicare. 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.

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 independiente 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 explican 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?

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- 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.

¿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 domiciliaria, atención 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, **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 8.3 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 la 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 domiciliaria, 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.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario 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 independiente acepta la apelación?**

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- **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 independiente 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 incluirán 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 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, un total de 5 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 decisión 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, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

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.

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 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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 de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones 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 apelaciones puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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 del medicamento para el que presentó una apelación reúne determinado monto mínimo en dólares, 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 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los primeros 2 niveles. 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 apelaciones 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 de apelaciones 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 apelaciones 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.**

Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones queda concluido.
- Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. 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 al cliente deficiente 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 nuestro 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 le atienda el personal del Servicio para Miembros u otros empleados de nuestro plan?

Capítulo 9: 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 surtir 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 <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> 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** recibe el nombre de **presentar una queja**.
- **Usar el proceso de reclamos** recibe el nombre de **usar el proceso para presentar una queja**.
- Un **reclamo rápido** recibe el nombre de **queja expeditiva**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, llamar al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477) es el primer paso.** Si hay algo más que necesita hacer, el personal del Servicio para Miembros se lo hará saber.

**Capítulo 9: 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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.; y 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 215-991-4105.

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

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 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.; y 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 215-991-4105.

- 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 responde 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 10.3 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 2 opciones:

**Capítulo 9: Si tiene algún problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** 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 ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede presentar su reclamo ante Medicare

Puede presentar un reclamo sobre Jefferson Health Plans Elite (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Jefferson Health Plans Elite (HMO) 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 su distribución de costos, 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 Abierta

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Abierta** 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.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, y recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar

Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos 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** cada año.

- **El Período 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 3.º mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - 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 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 de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos 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 Elite (HMO) 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 finalizar 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 nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para que la “Ayuda Adicional” (Extra Help) pague su cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si no cumplimos el contrato que tenemos con usted.

Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

- 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).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un Período Especial de Inscripción, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días 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 de Medicare.

- **Por lo general, su membresía estará vigente** hasta el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos de la cobertura de medicamentos:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos 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 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 al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477).**
- Obtenga información en el manual **Medicare y Usted de 2026**.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 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.

Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que tiene que hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Jefferson Health Plans Elite (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Jefferson Health Plans Elite (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-454-8477). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción a Jefferson Health Plans Elite (HMO) 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 continuar recibiendo sus 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.**

Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

- **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 Elite (HMO) debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertos casos

Jefferson Health Plans Elite (HMO) debe cancelar su membresía en nuestro plan ante cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si usted se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para 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 membresía 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 membresía 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 de ingreso y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

Capítulo 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

Sección 5.1 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

Jefferson Health Plans Elite (HMO) 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); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 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 Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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, edad, 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llámenos al Servicio para Miembros al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el personal del Servicio para Miembros puede ayudarle.

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 Elite (HMO), 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

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.

Apelación: es algo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura por 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 Elite (HMO), 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 que usted ingresa a un hospital o a 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 “**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 (ver “**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.

Capítulo 12: Definiciones

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 \$2,100 en medicamentos 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 Planes para Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos (C-SNP) son Planes para Necesidades Especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas.

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 antes de pagar.

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 nuestro 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. La distribución de costos incluye todas las combinaciones de los siguientes 3 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.

Determinación de cobertura: es una decisión de nuestro plan para cubrir un medicamento recetado y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. Generalmente, si usted lleva la receta a una farmacia y en esta le informan que nuestro plan no la cubre, eso no es una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar la decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Capítulo 12: Definiciones

Medicamentos cubiertos: es el término que utilizamos para describir todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos 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 cuando 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 atención de enfermería especializada. 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 tasa 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 nuestro 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 empaquetar la receta médica.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (D-SNP): en los D-SNP 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.

Personas con doble elegibilidad: es una persona que es elegible para tener cobertura de Medicare y de Medicaid.

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,

Capítulo 12: Definiciones

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 médica 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). 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 lo 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 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 domiciliaria: 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).

Capítulo 12: Definiciones

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 esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe 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 paga una prima más alta.

Etapas 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 \$2,100.

Período de Inscripción Inicial: es el período durante el cual puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B 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.

Plan Institucional para Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales en centros (FI-SNP).

Plan Institucional Equivalente para Necesidades Especiales (IE-SNP): un IE-SNP que restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: es un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos): lista de los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Capítulo 12: Definiciones

Programa de descuentos de los fabricantes: es un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro 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.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo de bolsillo: es el máximo que usted paga de su bolsillo durante un año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red: de la Parte A y la Parte B. las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados no se aplican al cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.

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 tiene cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: es el uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la FDA o el respaldo de ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Medicamento necesario: es un término que se usa para referirse a los servicios, los suministros o los medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

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 terminal (en general, quienes padecen 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 Medicare Parte C. Es un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. 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 Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Capítulo 12: Definiciones

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. 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 Medicare Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): es un seguro que le ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que Medicare Parte A o Parte B no cubren.

Programa de control de la terapia con medicamentos (MTM): un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza 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 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**.

Capítulo 12: Definiciones

Período de Inscripción Abierta: 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.

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 FDA y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se lo conoce como producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): Original Medicare es un programa que ofrece el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. 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 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y 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 tiene cobertura de la red de 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. 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.

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: son los medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. 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.

Capítulo 12: Definiciones

Multa por inscripción tardía en la Parte D: es un monto que se agrega a su prima mensual del plan de cobertura de medicamentos recetados 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 recetados 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 gastos 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.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

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.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos para los cuales se requiere una autorización previa se indican en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. 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.

Capítulo 12: Definiciones

“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 el formulario 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.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen los servicios de rehabilitación para pacientes internados, terapia física (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto de la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio justo máximo.

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). Nuestro 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 especializada y servicios de rehabilitación que se reciben de manera continua, todos los días, en un centro de 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 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 hogar de ancianos 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.

Capítulo 12: Definiciones

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra de manera temporal fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Los ejemplos de servicios requeridos urgentemente incluyen enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si nuestra red del plan no está disponible de manera provisoria.

Servicio para Miembros de Jefferson Health Plans Elite (HMO)

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, 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. 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, 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	Attn: Member Relations Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
SITIO WEB	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

SHIP es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-792-8820 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.
SITIO WEB	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/

Cláusula de divulgación de la PRA De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites 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.