Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con de Medicare como miembro de Jefferson Health Plans Elite(HMO)

Este documento proporciona detalles de la cobertura de atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- Su prima del plan y costo compartido
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarnos
- Otras protecciones requieridas por la ley de Medicare

Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Atendemos de de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratis.

Este plan, Jefferson Health Plans Elite, es ofrecido por Jefferson Health Plans. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice nosotros, nos o nuestro, significa Jefferson Health Plans. Cuando dice plan o nuestro plan, significa Jefferson Health Plans Elite).

Este documento está disponible de forma gratuita en Español.

Si desea solicitar información en un formato alternativo (como braille, letra grande o CD de audio), comuníquese con Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Relaciones con el miembro cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

Beneficios, y/o los copagos/el coseguro puede cambiar el 1 de enero de 2028.

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

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5
SECCIÓN 1 Eres un miembro de Jefferson Health Plans Elite 5
SECCIÓN 2 Requisitos de Elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros 7
SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes para 2027 8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 13
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 15

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 17
SECCIÓN 1 Contactos de Jefferson Health Plans Elite 17
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare 21
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 23
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 23
SECCIÓN 5 Seguro Social 24
SECCIÓN 6 Medicaid 25
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 26
SECCIÓN 8 La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 29
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 30

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar de nuestro plan para obtener servicios médicos 31
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 31
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 33
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 36
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 38
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 39
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 41
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 42

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 44

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 44

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos 45

SECCIÓN 3 Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions) 84

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 87

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 87

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 87

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 90

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 93

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría? 94

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 97

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 99

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta 100

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 101

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 102

CAPÍTULO 6: Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D 105

SECCIÓN 1 Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D 105

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Jefferson Health Plans Elite 107

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra 108

SECCIÓN 4 No hay un deducible para Jefferson Health Plans Elite 110

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 110

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica 114

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 114

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por de servicios médicos o medicamentos cubiertos 117

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos 117

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 120

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 120

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 122

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales 122

SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan 128

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 130

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 130

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 130

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 131

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones 131

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 135

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 143

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 154

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 159

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Niveles 3, 4 y 5 163

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 166

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 171
SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 171
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 171
SECCIÓN 3 Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan 174
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan 174
SECCIÓN 5 Jefferson Health Plans Elite debe cancelar su membresía en ciertas situaciones 175

CAPÍTULO 11: Avisos legales 177
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 177
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 177
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 177

CAPÍTULO 12: Definiciones 179

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Eres un miembro de Jefferson Health Plans Elite

Sección 1.1 Usted está inscrito en Jefferson Health Plans Elite, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de medicamentos y de salud de Medicare mediante Jefferson Health Plans Elite, nuestro plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes a los de Medicare Original.

Jefferson Health Plans Elite es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Jefferson Health Plans Elite cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Jefferson Health Plans Elite entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Jefferson Health Plans Elite después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Jefferson Health Plans Elite cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de Elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de Elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Usted es un ciudadano o nacionalizado estadounidense, o no ciudadano elegible.

Sección 2.2 El área de servicio del plan para Jefferson Health Plans Elite

Jefferson Health Plans Elite se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe abajo.

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

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo afiliado de este plan. Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período especial de inscripción para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para afiliarse a un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Jefferson Health Plans Elite si usted no es elegible para seguir siendo afiliado de nuestro plan por este motivo. Jefferson Health Plans Elite debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Utilice su tarjeta de afiliación cada vez que obtenga servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de afiliación del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea un miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Jefferson Health Plans Elite, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios en un hospicio o participa en estudios de investigación aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Relaciones con el miembro 1-866-901-8000 (TTY los usuarios llaman 1-877-454-8477) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ enumera los proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan costo compartido como pago total.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible recibir los 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 proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar la *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee obtener los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede obtener medicamentos en farmacias fuera de la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY deben llamar a 1-877-454-8477). También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/. Las solicitudes de copia impresa *Directorio de proveedores y farmacias* se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella se especifica qué medicamentos recetados están cubiertos por los beneficios de la Parte D incluidos en Jefferson Health Plans Elite. Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. 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 Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Jefferson Health Plans Elite Lista de medicamentos.

En la Lista de medicamentos también se indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/prescription-drugs/formularies o llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

SECCIÓN 4 Resumen de Costos Importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	**$0**

	Sus costos en 2027
Monto máximo de gastos de su 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 detalles).	**$9,850**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por consulta**
Visitas al consultorio del especialista	**$20 por consulta**
Hospitalización para pacientes internados Incluye varias hospitalizaciones, como rehabilitación de cuidados agudos y cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se lo admite formalmente con la orden de un médico y termina el día antes de ser dado de alta.	**$300 durante los días 1 - 5** **$0 durante los días 6 - 90** **$800 durante los días 91+** **Por días adicionales para pacientes hospitalizados en cuidados agudos, usted paga:** **$800 copago por día durante los días 91 - 999**
Cobertura de medicamentos Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	**Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D** **$0** **Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamento de Nivel 1: $0** **Medicamento de Nivel 2: $0** **Medicamento de Nivel 3: 25 %** **Medicamento de Nivel 4: 30 %** **Medicamento de Nivel 5: 33 %** **Usted no paga más de $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en los niveles 3 y 4.**

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos Parte D (continuación)	**Etapa de cobertura catastrófica:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:
- la prima del plan (Sección 4.1)
- la prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan de Jefferson Health Plans Elite.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

A algunos miembros se les exige pagar una multa por **inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de 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 finaliza su periodo de inscripción inicial, pasa un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos. Cobertura acreditable de medicamentos es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al 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 cobertura de medicamentos acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Jefferson Health Plans Elite, le informamos el monto de la multa.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados;
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un exempleador, un sindicato, TRICARE o Administración de Salud para Veteranos (VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable que estaba previsto que pagara el mismo monto que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes no son coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si usted no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados válida durante 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en la Parte D por primera vez, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses sin cobertura (porcentaje de penalización) por el 1% de la prima mensual del plan de referencia nacional para beneficiarios y luego lo redondea a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si está 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% $41.33, que equivale a $5.79. Este monto se redondea a $5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar todos los años** debido a que la prima base nacional para beneficiarios puede variar todos los años.

- **Por lo general, seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su Periodo de inscripción inicial al cumplir los requisitos de edad para Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. Una organización de revisión independiente realiza la consideración, que no estará relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como la Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados, según consta en su declaración de impuestos del IRS de 2 años atrás. Si esta cantidad supera una determinada cantidad, usted pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar una IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será la cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con el pago de IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo se hace, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios 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 su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan médico o de medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por cualquier medicamento recetado que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses restantes en el año.

Capítulo 2, Sección 7 ofrece 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 en El Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay cuatro formas de pager la multa.

Opción 1: Pago con cheque

Si elige pagar con cheque, le enviaremos una factura mensual. Nuestra factura mostrará la fecha de vencimiento, que es el primer día de cada mes. Su pago vence independientemente de si recibe nuestra factura. Haga su cheque a nombre de Jefferson Health Plans y envíe su pago por correo a:

Attn: Medicare Accounts
Jefferson Health Plans
P.O. Box 830976
Philadelphia, PA 19182-0976

Los cheques deben hacerse pagaderos a nombre de Jefferson Health Plans. No podemos aceptar cheques a nombre de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS).

Opción 2: Puede utilizar una transferencia electrónica de fondos

Puede elegir que le debiten el pago mensualmente de su cuenta corriente o caja de ahorros. Usted es responsable de tener fondos suficientes en su cuenta en la fecha programada para el débito automático.

Si elige esta opción, tendrá que proporcionarnos la información de la cuenta correspondiente y una autorización de débito automático.

Opción 3: Puede pagar por teléfono

Los pagos únicos o recurrentes pueden realizarse desde una cuenta bancaria o desde una tarjeta de crédito Visa, Mastercard o de débito. Llame al 1-833-915-1450 para configurar su cuenta en nuestro sistema de pagos por teléfono operado por PNC Bank. Tenga a mano su número de miembro, así como su código postal e información de pago. Luego de la configuración, llame al 1-833-606-8900 en cualquier momento y siga las indicaciones para programar los pagos.

Opción 4: Que su multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social.

Cómo cambiar la manera en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la opción por la cual paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su multa por inscripción tardía de la Parte D de su plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, Llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para obtener más información. Lo ayudaremos con mucho gusto a configurarlo.

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

Si tiene problemas para pagar a tiempo su multa por inscripción tardía en la Parte D, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar 1-877-454-8477) para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con los costos.

Sección 5.2 La prima mensual de su 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 comunicaremos 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 comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para obtener la Ayuda Adicional (Extra Help) durante el año, usted podría dejar de pagarla.
- Si pierde la Ayuda Adicional (Extra Help), es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si cancela su inscripción en su plan y han pasado 63 días corridos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Encontrará más información sobre Ayuda Adicional (Extra Help) en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y sus costo compartido montos**. Por eso, es muy importante que ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización al trabajador o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene intención de participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, infórmenos llamando al Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 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 de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumerará cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que conozcamos. Lea esta información detenidamente. Si es correcto, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Es posible que tenga que dar su número de

identificación (ID) de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, 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 su edad, 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 está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene 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 haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Jefferson Health Plans Elite

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Jefferson Health Plans Elite Relaciones con el miembro. Con gusto lo ayudaremos.

Relaciones con el miembro – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre Relaciones con el miembro también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Escriba a	Attn: Relaciones con el miembro Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Cómo solicitar una decisión o una apelación de cobertura sobre atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o para medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones de su atención médica, o para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura sobre atención médica – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Fax	215-849-7096
Escriba a	Attn: Medical Management Department Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Decisiones de cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
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

Apelaciones para Atención Médica – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
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 para medicamentos de la Parte D – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Fax	215-991-4105
Escriba a	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica

Usted puede presentar un reclamo sobre nosotros, nuestros proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye disputas sobre cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica o medicamentos de la Parte D – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Fax	215-991-4105
Escriba a	Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio Web Medicare	Para presentar una queja sobre Jefferson Health Plans Elite directamente ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médicao de los medicamentos que recibido

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que usted cree que deberíamos pagar, es posible que tenga que pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor, para obtener más información, consulte el Capítulo 7.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Solicitudes de pago de atención médica – Información de contacto	
Escriba a	Attn: Member Claims Jefferson Health Plans

Solicitudes de pago de atención médica – Información de contacto	
	1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Solicitudes de pago para los medicamentos con receta da la Parte D – información de contacto	
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Escriba a	Express Scripts ATTN: Medicare Part D PO Box 52023 Phoenix, AZ 85072
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Medicare – Información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chat en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio Web	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 suministros y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas 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, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Jefferson Health Plans Elite. **Para presentar un reclamo ante Medicare,** ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma los reclamos con seriedad y usará dicha información para ayudar a mejorar la calidad del Programa Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En New Jersey, el SHIP se llama el programa SHIP.

el programa SHIP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

el programa SHIP pueden ayudarlo a comprender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. el programa SHIP también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico – 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.
Escriba a	New Jersey Department of Human Services P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
Sitio Web	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una organización para la mejora de la calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. En New Jersey, la Organización para la mejora de la calidad se llama Commence Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga Medicare para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con la Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) termina demasiado pronto.

Commence Health – información de contacto	
Llame al	1-888-396-4646 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y feriados: de 10 a. m. a 4 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes: de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y feriados: de 10 a. m. a 4 p. m.
Escriba a	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio Web	www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción 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 un ingreso superior. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos bajaron a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

Si se muda o cambia de dirección postal, póngase en contacto con el Seguro Social para comunicárselo.

Securo Social – información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio Web	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costo compartido (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, 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 que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas de ahorros de Medicare, comuníquese con NJ FamilyCare.

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 Las llamadas a este número son gratuitas.
Escriba a	NJ Department of Human Services Division of Medical Assistance and Health Services PO Box 712 Trenton, NJ 08625-0712
Sitio Web	www.njfamilycare.org/default.aspx

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene 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 a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anualy el copago de los medicamentos. La "Ayuda adicional" (Extra Help) también cuenta para los gastos de su bolsillo que paga.

Si califica automáticamente para la "Ayuda adicional" (Extra Help), Medicare le enviará una carta de color morado para informárselo. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si es elegible para recibir "Ayuda adicional" (Extra Help):

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar una solicitud en línea
- Llame 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 un 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 diga que no lo hagan en la solicitud de “Ayuda adicional” (Extra Help).

Si califica para recibir “Ayuda adicional” (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Para obtener ayuda para obtener la mejor evidencia disponible, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). Si ya tiene esta información, envíe una copia a:

  Attn: Relaciones con el miembro
  Jefferson Health Plans
  1101 Market Street, Suite 3000
  Philadelphia, PA 19107

- Cuando obtengamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el monto correcto la próxima vez que obtenga sus medicamentos recetados. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos el monto correspondiente, ya sea mediante un cheque o un crédito de copago para usar más adelante. Si la farmacia no le cobró el copago y adeuda este monto, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

¿Qué sucede si tienes Ayuda adicional y cobertura de un Programa estatal de asistencia para medicamentos (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

¿Qué sucede si tienes Ayuda adicional y cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el ADAP califican para la asistencia a través del Programa de Distribución de Medicamentos para el SIDA (ADDP) para costo compartido de medicamentos recetados.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 877-613-4533.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En New Jersey, el Programa estatal de asistencia farmacéutica se denomina Pharmaceutical Assistance to the Aged & Disabled (PAAD).

Pharmaceutical Assistance to the Aged & Disabled (PAAD) – información de contacto	
Llame al	1-800-792-9745 Las 24 horas al día, los 7 días de la semana. 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	www.nj.gov/humanservices/doas/services/l-p/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 de forma conjunta con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo correspondientes a 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 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o visite Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – información de contacto	
Llame al	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas al día,

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare – información de contacto	
	los 7 días de la semana. Relaciones con el miembro también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. Disponible las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
Escriba a	Express Scripts MPPP P.O. Box 801101 Kansas City, MO 64180-1101
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicareprescriptionpaymentplan

SECCIÓN 8 La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de jubilación para 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 sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para 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 RRB de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a.m. a 12 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es únicamente

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): – Información de contacto	
	para uso de aquellas personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio Web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar de nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de nuestro plan para atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Los proveedores de la red y los servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, paga la parte que le corresponde por el 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 están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios en Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, Jefferson Health Plans Elite debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Jefferson Health Plans Elite cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** en el Capítulo 4.

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, equipos o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tiene una red un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) brindando y supervisando su atención.** Como miembro del plan, debe elegir dentro de la red a PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe otorgarle aprobación por adelantado (una remisión) antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. Para obtener información adicional, consulte la sección 2.3.
    - No necesita remisiones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios que se necesitan con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenezca a la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. A continuación se describen tres excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención médica en casos de emergencia o los servicios que se necesitan con urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para saber cuáles son los servicios de emergencia o que se necesitan con urgencia, consulte la sección 3.
    - Si necesita atención médica para la cual Medicare requiere que nuestro plan brinde cobertura, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de obtener la atención médica. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide obtener los servicios

dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Usted deben elegir a un proveedor de atención primaria de su (PCP) para que brinde y supervise su 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 atención médica 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 enfermero practicante.
- Su PCP se ocupa de la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina y también ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro del plan. Esto incluye sus radiografías, pruebas de laboratorio, terapias, atención de médicos especialistas, ingresos hospitalarios y atención de seguimiento.
- La coordinación de sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va.
- En algunos casos, su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación previa) para ciertos servicios médicos. Su PCP es responsable de trabajar con Jefferson Health Plans para obtener la autorización previa. Dado que su PCP 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 una a Jefferson Health Plans Elite, e ingrese el nombre de ese PCP y número de proveedor en su Formulario de inscripción. Puede usar su *Directorio de proveedores y farmacias* para elegir su PCP. Para obtener la información más actualizada, busque proveedores participantes utilizando nuestro directorio en línea en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ o llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo y cuando lo desee. También es posible que su PCP salga de la red de proveedores de nuestro plan y, en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP.

Para cambiar de PCP, solo llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de deben TTY llamar al 1-877-454-8477). Relaciones con los Miembros se asegurará de que el PCP al que desea cambiar acepte pacientes nuevos. Relaciones con los Miembros cambiará su registro de membresía para mostrar el nombre de su nuevo PCP, le informará cuándo

entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP y solicitará una tarjeta de identificación (ID) de reemplazo que muestre la información de su nuevo PCP.

Sección 2.2 Atención médica que puede obtener sin la recomendación de PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios que se necesitan de urgencia y que están 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 su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer
- Cardiólogos tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas
- Ortopedistas tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

No se requiere una derivación de su PCP para las visitas al especialista. Por lo general, su PCP se encargará de otros servicios de atención médica que pueda necesitar, como pruebas de laboratorio y radiografías.

Ciertos servicios requieren autorización previa. El plan debe aprobar estos servicios antes de que se proporcionen, o no pagaremos por ellos. 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.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) en la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos 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 visitó a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los visitó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir 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 continuar recibiendo 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.
- 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 costos compartidos dentro de la red. Se necesita autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor que coordine su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se maneja adecuadamente, tiene derecho

a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, un reclamo sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambos (consulte el el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios prestados fuera de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, desastre o necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga primero la aprobación ni la remisión de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de urgencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2, y en la portada posterior de este documento.

Servicios cubiertos en caso de una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se pongan en contacto con nosotros y hagan planes para una atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si la atención médica de emergencia se la proporcionan proveedores que no pertenecen a la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría ir en busca de atención de emergencia creyendo 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 se trataba de una emergencia médica, siempre que usted haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención médica recibida.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si usted recibe dicha atención de una de estas 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para recibir atención adicional, o
- La atención médica adicional que usted recibe se considera como servicios que se necesitan con urgencia y usted sigue las reglas a continuación para obtener este cuidado de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Si tiene una emergencia médica:

- **busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP. No necesita acudir a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de

cualquier proveedor que tenga una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. La información de contacto se encuentra en el Capítulo 2 y en la portada posterior de este documento.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y urgencia servicios fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios que se clasificarían como de emergencia o de urgencia si se hubieran prestado en los Estados Unidos (hasta un máximo de $50,000 por año).

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de nuestro plan.

Visite www.JeffersonHealthPlans.com/medicare para obtener información sobre cómo obtener la atención médica que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red si paga el costo compartido de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Vaya a Capítulo 5, Sección 2.4.

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

Si pagó un monto mayor que el de nuestro plan costo compartido por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Vaya al Capítulo 7 para obtener 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 cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos en Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio

para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague por los servicios después de que haya alcanzado el límite de su beneficio no contarán para el monto máximo de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo deberá pagar los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó los costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le proporcionan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen 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 desarrollo de evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Si bien no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que debe informarnos con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, 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 inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre la cantidad que ha pagado por costo compartido. Consulte Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

> *Este es un ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría $20 de copago según lo requiere Original Medicare. Luego, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentar la documentación, como la factura del proveedor, al plan. El plan luego le pagaría directamente a usted $10. Por lo tanto, el pago neto es $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en la prueba.

Obtenga más información sobre cómo unirse a un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y Estudios de Investigación Clínica*, disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución en un centro, la siguiente condiciónse aplican:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - – *y* – debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, 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 de atención médica religiosa no médica. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será suyo ningún equipo médico duradero luego de realizar determinado número de pagos bajo 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 recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Sin embargo, como miembro de Jefferson Health Plans Elite, generalmente no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** Incluso si ha realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para obtener más información.

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

Si no obtuvo la titularidad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos nuevos consecutivos después de cambiar a Medicare Original para ser propietario 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 Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan antes de poseer el artículo.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresó a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del elemento una vez que se reincorpore a Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare Jefferson Health Plans Elite cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno

- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Jefferson Health Plans Elite o ya tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, este se debe devolver.

¿Qué sucede si abandona el plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido del oxígeno). Después de 5 años, puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En este momento, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar, aunque siga con la misma compañía, y usted debe pagar copagos los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Jefferson Health Plans Elite. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos también se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Copago:** la cantidad fija que pagas cada vez que recibes ciertos servicios médicos. El copago se paga en el momento en que recibes el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos proporciona más información sobre tus copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que pagas del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibes el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos te proporciona más información sobre tu coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si estás en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Medicare Advantage plans hay un límite en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos en la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, la de MOOP cantidad de $9,850.**

Los montos que usted paga por copagos, y coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de su bolsillo. Si

llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $9,850, no deberá pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los de la Parte A y la Parte B servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle la diferencia

Como miembro de Jefferson Health Plans Elite, tienes una protección importante porque solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí les como funciona la protección contra la facturación por saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso nuestro plan (esto está establecido en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para emergencias o servicios de urgncia).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o para servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Relaciones con el miembroal 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra tus beneficios y costos médicos

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Jefferson Health Plans Elite cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la (Parte D está en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la

Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención médica de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia o que su plan o un proveedor de la red le haya dado una derivación. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados.
- Usted tiene un un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) brindando y supervisando su atención.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos en cursiva.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso 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 de tratamiento del proveedor.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027)*. También puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la visita

en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.

- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevos servicio durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	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 por año para cualquier propósito de tratamiento. (Este beneficio es adicional al beneficio cubierto por Medicare que se detalla a continuación).	$10 copago por cada tratamiento de acupuntura.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como: • de una duración de 12 semanas o más • no específico, que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una cirugía • no está relacionado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que demuestren mejoría. Es posible administrar como máximo 20 tratamientos de acupuntura por año.	$0 copago para tratamientos de acupuntura médicamente necesarios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden proporcionar servicios de acupuntura según los requisitos aplicables del estado. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/ especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia de transporte aéreo de ala fija y rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda proveer el atención médica solo si se brindan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. El beneficio de ambulancia de Medicare es un beneficio de transporte, y sin transporte, cualquier tratamiento recibido	$210 copago para cada servicio de ambulancia terrestre de ida cubierto por Medicare. 20 % coseguro para cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. Esta distribución de costos no se anula si lo admiten en el hospital.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia (continuación) no está cubierto por este plan, cualquier costo asociado con dicho tratamiento será responsabilidad del miembro. Cuando respondan varios proveedores/proveedores de ambulancias terrestres o aéreas, el pago solo se puede realizar al proveedor/proveedor de ambulancias que realmente proporciona el transporte. ***Se requiere autorización previa.***	
Examen físico anual Tiene cubierto un examen físico de rutina por año. Este examen incluye los servicios de laboratorio de detección que sean necesarios.	$0 copago por cada examen físico anual.
Visitas anuales de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para visitas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago o deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años de edad • Una mamografía exploratoria cada 12 meses para aquellas mujeres de 40 años de edad y mayores • Exámenes mamarios clínicos cada 24 meses	No existe coseguro, copago o deducible para las mamografías exploratorias cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una recomendación del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación de la arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor torácico) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de un stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir en un período de tiempo más largo.	\$0 copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. \$0 copago por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) (continuación) analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen: • pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o vaginal o está en edad fértil y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones ***Se requiere autorización previa.***	$0 copago por cada visita quiropráctica médicamente necesaria para una subluxación (cuando uno o más de los huesos de su columna vertebral se mueven fuera de posición).

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni 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 de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y 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. • 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 se sometió a 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 • DNA 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. • Análisis de sangre para la detección de biomarcadores destinados a pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una seguimiento colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección del cáncer colorrectal no	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa 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 del médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o del centro de cirugía ambulatoria. Usted paga $400 copago por una visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare y/o $200 por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) invasiva basada en heces cubre Medicare dé un resultado positivo. • Los exámenes 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.	
Servicios odontológicos En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga actualmente los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando el servicio forma parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria del beneficiario. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas como preparación para la radioterapia de un cáncer que afecte a la mandíbula, o los exámenes bucales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos: **Servicios dentales preventivos:** El subsidio proporcionado en una tarjeta de gastos flexible se puede utilizar para servicios dentales preventivos que incluyen: • exámenes orales, limitados a 3 exámenes orales todos los años; • profilaxis (Limpieza), limitada a 3 limpiezas todos los años: • radiografías dentales de aleta de mordida, limitadas a 1 visitas todos los años; radiografías panorámicas y de boca completa una vez cada 3 años **Servicio dental cubierto por Medicare** **Servicios dentales integrales complementarios** $625 de monto máximo de cobertura del plan para servicios dentales integrales complementarios que incluyen:	Usted paga el costo de estos servicios dentales utilizando el subsidio de su tarjeta Flex. $40 copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. $0 copago para acceder a $625 para todos los servicios dentales preventivos e integrales. Este es un subsidio anual.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos (continuación) • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración: empastes blancos y plateados, coronas individuales, coronas de recementación • Endodoncia: tratamientos de conducto radicular • Periodoncia: raspado y alisado radicular (limpiezas profundas) • Extracciones • Prostodoncia: dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales, ajustes de dentaduras postizas, reparaciones y reacondicionamientos • Cirugía oral/maxilofacial: extracción de muelas del juicio, extracciones quirúrgicas, recontorneado del hueso de la mandíbula necesario para la colocación de las dentaduras postizas, biopsias Estos son los servicios dentales que puede recibir utilizando el subsidio 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 red ni necesidad de presentar la tarjeta de identificación (ID) del plan. El subsidio anterior es un subsidio combinado que se puede usar para servicios dentales, de la vista y de la audición elegibles. Para obtener más información, consulte el beneficio de la Tarjeta Flex Suplementaria.**	
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes (continuación) requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no), covered. Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los monitors • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye fitting • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con ciertos requisitos. ***Se requiere autorización previa para suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos.*** ***Se requiere autorización previa para más de un monitor de glucosa por año o tiras reactivas que excedan 150 tiras por 30 días.***	0 % coseguro por suministros para el control de la diabetes de fabricantes preferidos. 20 % coseguro por suministros para el control de la diabetes de fabricantes no preferidos. 20 % coseguro por los demás suministros/ monitores para la diabetes cubiertos por Medicare. 20 % coseguro para calzado terapéutico y plantillas para diabéticos cubiertos por Medicare. $0 copago capacitación para el autocontrol de la diabetes.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (En Capítulo 12 también Capítulo 3.de este documento, encontrará una definición de equipos médicos duraderos). 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	15 % coseguro para DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación) usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/. Obtenga DME solo de proveedores de la red. No reembolsaremos las compras realizadas en tiendas minoristas fuera de la red ni en tiendas en línea ***Se requiere autorización previa.***	Su distribución de costos por la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es 15 %, cada año Su distribución de costos no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Jefferson Health Plans Elite.
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Proporcionan un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de la atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser enfermedad, lesión, dolor grave o una afección médica que se agrava rápidamente. Los Gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Para obtener información sobre la cobertura fuera de los Estados Unidos, consulte “Cobertura de emergencia o urgencia global” más adelante en esta Tabla de beneficios médicos.	$100 copago por cada visita en una sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago se exime si a usted lo admiten en el mismo centro dentro de 24 horas por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabiliza, usted debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención *O*

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación)	debe recibir la atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar **Programa de acondicionamiento físico** El beneficio de acondicionamiento físico proporciona acceso anual a la membresía a un programa de ejercicios líder nacional diseñado exclusivamente para adultos mayores. El programa combina actividades físicas y sociales para ayudar a los participantes a tomar un papel activo en el manejo de su salud. Los miembros tienen acceso a una red nacional de centros de acondicionamiento físico y pueden unirse a múltiples ubicaciones dentro del mismo mes.	$0 copago
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. • Exámenes auditivos de rutina: limitados a 1 visita cada año • Audífonos - cubiertos 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 copago por servicios de audición cubiertos por Medicare. El especialista copago también puede presentar una solicitud si los servicios se prestan durante una visita al especialista. $0 copago para exámenes de audición de rutina. $500 - $1,975 copago para audífonos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba para la detección del HIV o que tienen mayor riesgo de una infección por HIV, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios deun auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos ***Se requiere autorización previa.***	$0 copago para atención médica en el hogar cubierta por Medicare.
Tratamientos de infusión a domicilio Los tratamientos de infusión en el hogar abarcan la administración por vía intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar un tratamiento de infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), equipos (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).	$0 copago para los servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. 20 % coseguro para los medicamentos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamientos de infusión a domicilio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los centros de atención de enfermería, brindados de acuerdo con el plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente no cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de tratamientos de infusión en el hogar y suministro de medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado de tratamientos de infusión en el hogar ***Se requiere autorización previa.***	
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. El plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare dentro del área de servicios del plan, incluidos aquellos que sean de nuestra propiedad, que estén bajo el control de esta o en los que esta tenga un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:**	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original, y no Jefferson Health Plans Elite.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubra costo compartido. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:** si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si existe un requisito para obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de nuestro plan costo compartido del plan para los servicios dentro de la red services • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga los costos compartidos según Medicare Original **Para los servicios cubiertos por Jefferson Health Plans Elite pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** Jefferson Health Plans Elite seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del nuestro plancosto compartido por estos servicios. **Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) **Nota**: si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. ***Se requiere autorización previa para atención en un hospicio para pacientes hospitalizados.***	
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si son médicamente necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con los lineamientos de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener información adicional.	No hay coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de atención médicas agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes	$300 copago por día durante los días 1 - 5 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 copago por día durante los días 6 - 90 para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Costos de las unidades de atención médicas especiales (por ejemplo, unidades de atención médicas intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En determinadas situaciones, cubrimos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón y páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre y de intestino/varias vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Jefferson Health Plans Elite brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los	Por días adicionales para pacientes hospitalizados en cuidados agudos, usted paga: $800 copago por día durante los días 91 - 999 $800 copago por día por cada día de reserva de por vida a partir del día 91+. Usted tiene cobertura para 60 días de reserva de por vida. El plan cubre 90 días por hospitalización. Se cobra una distribución de costos por cada hospitalización (cada vez que se lo admite en el hospital). Un traslado a un tipo de centro separado (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un hospital de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión. Se requiere autorización previa para todas las admisiones electivas como pacientes hospitalizados. Todas las demás admisiones se revisarán para verificar necesidad médica y autorización. Si usted recibe atención médica autorizada para pacientes hospitalizados

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios del médico **Nota**: para ser paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuariosTTY pueden llamar al 1-877-486-2048. ***Se requiere autorización previa.***	en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponderá pagar es la distribución de costos que usted debería pagar en un hospital de la red.
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Excepto en una emergencia, su proveedor debe informarnos que a usted lo admitirán en el hospital. ***Se requiere autorización previa.***	$250 copago por día durante los días 1 - 5 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. $0 copago por día durante los días 6 - 90 para la atención hospitalaria cubierta por Medicare. $800 copago por cada día de reserva de por vida a partir del día 91. Usted tiene cobertura para 60 días de reserva de por vida. El plan cubre 90 días por hospitalización. Se cobra una distribución de costos por cada

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico (continuación)	hospitalización (cada vez que se lo admite en el hospital).
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare Original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la recomendación de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la recomendación todos los años si hay que continuar el tratamiento into el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de sustain la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de	**Insulina:** 0 % - 20 % coseguro hasta un máximo de $35 **Medicare Part B Quimioterapia/ medicamentos de**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada mediante un elemento de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), 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 acerca de qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento • Factores de la coagulación que se autoadministra mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un	**radiación:** 0 % - 20 % coseguro **Otros medicamentos de Medicare Part B Medicamentos:** 0 % - 20 % coseguro El mínimo, dentro de este rango, refleja los servicios cubiertos por Medicare relacionados con los servicios proporcionados para la administración de una terapia/ medicamento, como los servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. El máximo, dentro de este rango, refleja el coseguro para los medicamentos de infusión en el hogar cubiertos por Medicare u otros medicamentos recetados de Medicare Parte B (que se están administrando), con la excepción de que las insulinas de la Parte B tienen una distribución de costos máxima de $35. Pagará un máximo de $35 por un suministro de insulina de un mes (30 días) comprado en una farmacia de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) 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 medicamento inyectable. A medida que se disponga de nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Fármacos 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 en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluso el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Procrit® o Retacrit®) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a Tratamiento escalonado: www.JeffersonHealthPlans.com/PartB. También cubrimos algunas vacunas según de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	Los medicamentos pueden estar sujetos a terapia escalonada.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en Capítulo 6. ***Se requiere autorización previa.***	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. Los medicamentos utilizados para tratar la obesidad están excluidos de la cobertura.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	$25 copago para los servicios de tratamiento con opioides.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Exámenes de diagnóstico que no son de laboratorio como CT, MRI, EKG y PET cuando el médico u otro proveedor de atención médica los solicite para tratar un problema médico • Otros análisis de diagnóstico para pacientes ambulatorios ***Se requiere autorización previa.***	$0 copago para procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. $0 copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. $25 copago para radiografías cubiertas por Medicare. $200 copago para servicios radiológicos de diagnóstico (como CT, MRI). 20 % coseguro por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación en visita hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un	$400 copago para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios por estadía.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes externos (continuación) paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidados de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento del paciente internado podría ser requerido sin esta atención • Radiografía y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está	$400 copago por cada visita hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $200 copago por cada visita en el centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación) seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. ***Es posible que se requiera autorización previa.***	
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), terapeuta profesional autorizado (LPC), terapeuta de familia y matrimonio autorizado (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de cuidados de salud mental que califique para Medicare dentro de lo permitido por la legislación estatal aplicable. ***Es posible que se requiera autorización previa para servicios que no sean la consulta inicial, la terapia ambulatoria de rutina y las visitas de administración de medicamentos.***	$25 copago para sesiones individuales y grupales para cada visita de salud mental ambulatoria cubierta por Medicare. $25 copago para sesiones individuales y grupales para cada visita psiquiátrica cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs). ***Se requiere autorización previa.***	$25 copago para cada fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.
Servicios por trastornos por uso de sustancias tóxicas para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen visitas de tratamiento ambulatorio para trastornos por abuso de sustancias individuales y grupales.	$0 copago para cada visita de tratamiento individual o grupal.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos de costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. La distribución de costos que se muestra es para el centro. También puede aplicar distribución de costos para el especialista u otro profesional de atención médica. ***Se requiere autorización previa.***	$200 copago por cada visita en el centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.
Partial hospitalization services and intensive outpatient services *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. *El servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio del hospital, un centro de salud mental de la comunidad, un centro de salud de calificación federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial. ***Es posible que se requiera autorización previa.***	$55 copago por día por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare y servicios ambulatorios intensivos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios y proporcionados en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP or especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluyendo los siguientes: Servicios de médicos de atención primaria; servicios de médicos especialistas; sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental; sesiones individuales para servicios psiquiátricos; ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. ◦ Los servicios pueden prestarse a través de conferencias de audio y video en computadoras portátiles, tabletas, teléfonos inteligentes u otros dispositivos similares. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación o tratamiento de síntomas de accidente cerebrovascular, independientemente de la ubicación	$0 copago por cada visita al médico de atención primaria o servicio de telesalud cubierto por Medicare con un médico de atención primaria. $20 copago por cada visita al especialista o servicio de telesalud con un especialista cubiertos por Medicare. $25 copago por cada especialidad de salud mental o sesión psiquiátrica individual cubierta por Medicare, en persona o por telesalud. Es posible que se aplique 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 que requieren autorización para las visitas en persona (incluidos todos los servicios fuera de la red) también requieren autorización cuando se proporcionan a través de telesalud.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de la ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal • Consultas virtuales (por ejemplo, de forma telefónica o mediante videollamada) con su médico durante 5-10 minutos **si:** ◦ no es un paciente nuevo **y** ◦ La consulta no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días **y** ◦ La consulta no termina en una visita al consultorio dentro de las 24 horas o en la fecha más próxima disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si:** ◦ no es un paciente nuevo **y** ◦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los últimos 7 días **y** ◦ La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro electrónico de salud • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Servicios dentales que no son de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, el arreglo de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades neoplásicas cancerosas o servicios que estarían cubiertos cuando los proporcionara un médico) ***Es posible que se requiera autorización previa para servicios psiquiátricos y de especialidad en salud mental que no sean***	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación) ***la consulta inicial, la terapia ambulatoria de rutina y las visitas de administración de medicamentos.***	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores (limitado a 1 visita cada 3 meses)	$20 copago para cada visita de podología cubierta por Medicare. $20 copago por cada visita de podología de rutina.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer el HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) orales o inyectables aprobados por la FDA, incluida la tarifa por inyectarle el medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y la adherencia a la medicación) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección del HIV cada 12 meses • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios de PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de cáncer de próstata.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte *Atención médica para la vista* más adelante en esta mesa para obtener más información. ***Se requiere autorización previa.***	20 % coseguro para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	$0 copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Tecnología de acceso remoto (Teladoc®) Los miembros tienen acceso a médicos acreditados por teléfono o video, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Este servicio no reemplazará el papel del médico del miembro y es una opción conveniente que permite a los miembros hablar con un médico que pueda diagnosticar, recomendar tratamiento y recetar medicamentos, cuando corresponda, para muchos problemas médicos que no son de emergencia, incluidos: problemas de bronquitis/sinusitis, alergias, síntomas de resfriado e influenza, infecciones respiratorias e infecciones del oído.	$0 copago para servicios de Teladoc®.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol.
Detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba para la detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945-1965. Si usted nació entre 1945-1965, y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una 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 se aplica coseguro, copago ni deducible para beneficios por las pruebas para la detección del virus de la hepatitis C cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una (LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos** tener entre 50 a 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 1 paquete al día durante 20 años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir un pedido de parte de un médico o un profesional no médico calificado para	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre el examen de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse un examen de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir un pedido para realizarse un examen de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta a lung de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar un examen de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios de enfermedad renal y diálisis incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando reciben la recomendación del médico, cubrimos hasta 6 sesiones de los servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o no se pueda acceder a él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido en el hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipamiento y suministros de diálisis para el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, si es necesario, recibir visitas de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para controlar las diálisis en su casa, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua) Ciertos medicamentos para diálisis se contemplan en el beneficio de cobertura de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	$0 copago para educación sobre enfermedad renal cubierta por Medicare. 20 % coseguro por servicios de diálisis renal cubiertos por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de enfermería especializada. Los centros	$0 copago por día durante los días 1 - 20 para la atención de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) de atención de enfermería especializada a veces se denominan SNF). No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente proveen los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, obtendrá la atención de los SNF en los centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Una residencia para adultos mayores o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba	enfermería especializada cubierta por Medicare. $185 copago por día durante los días 21 - 100 para la atención de enfermería especializada cubierta por Medicare. Usted tiene cobertura por hasta 100 días por cada período de beneficios para servicios de hospitalización en un SNF, de acuerdo con las pautas de Medicare. Los copagos por los beneficios de SNF se basan en los períodos de beneficios. 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 sido paciente hospitalizado en un hospital o en un SNF durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficios ocurre cuando usted ingresa a un hospital (o SNF), una vez finalizado un período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación) viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital ***Se requiere autorización previa.***	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir 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 presenta 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 de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, 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: • Consistir en sesiones que duren entre 30 a 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación	$0 copago por cada servicio de terapia de ejercicio supervisada cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) (continuación) • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS), que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Tarjeta flex suplementaria Los miembros pueden recibir $625 todos los años por gasto adicional en atención de la visión, atención dental y de audición. Los montos no utilizados no se transferirán. • Si los costos de servicio exceden su subsidio, 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 retiro de efectivo • Los fondos no utilizados expiran al final del año del plan y no se transfieren • Para obtener más detalles o materiales sobre los datos específicos de la tarjeta, comuníquese con Servicios para Miembros.	Puede recibir hasta $625 todos los años.
Servicios de monitoreo remoto Un programa de telemonitorización en el hogar está cubierto para los 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 el chat y las llamadas telefónicas.	$0 copago por servicios de telemonitorización.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de monitoreo remoto (continuación) Además, se ofrecerán manguitos de presión arterial a los miembros 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 instrucciones del médico. Un médico debe recomendar que un miembro necesita estos artículos. Pueden aplicarse limitaciones.	
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si está dentro del área de servicio del plan y dado su tiempo, lugar y circunstancias no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios y solo cobrarle los costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.	$10 copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. Esta copago se anula si a lo admiten en el hospital.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, se incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma,	$40 copago por servicios de la vista cubiertos por Medicare. ($20 de especialista copago puede aplicar adicionalmente). $0 copago por examen ocular de rutina. $0 copago para anteojos de rutina.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista (continuación) las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 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 colocación de una lente intraocular. (Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía) • Examen de la vista de rutina - limitado a 1 por año. • Anteojos de rutina: cubre su elección de uno de los siguientes, hasta $100 al año: ◦ un par de anteojos (lentes y monturas) ◦ lentes de contacto • Los servicios de la vista especializados pueden tener otros copagos/distribución de costos, como servicios o artículos no estándar (como monturas de policarbonato, bloqueadores azules, lentes progresivas, etc.).	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare El plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendación a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a la visita preventiva de Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva *Bienvenido a la visita preventiva de Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la *Bienvenido a Medicare*.
Emergencia global/Cobertura urgente Nuestro plan cubre la atención urgente y de emergencia recibida fuera de los Estados Unidos. • Limitado solo a los servicios que se clasificarían como de emergencia o de urgencia si se hubieran proporcionado	$0 copago para servicios de emergencia/urgencia en todo el mundo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios
Emergencia global/Cobertura urgente (continuación) en los Estados Unidos hasta un máximo de $50,000 por año.	

SECCIÓN 3 Servicios no están cubiertos por nuestro plan (exclusions)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según 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 hemos decidido que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubierto bajo y condición
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	No cubierto bajo y condición
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubierto bajo y condición
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubierto bajo y condición
Entrega de comidas a domicilio	No cubierto bajo y condición
Examen de rutina de la vista, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros accesorios para baja visión	Un par de anteojos con monturas estándar (o un juego de lentes de contacto) después de cada cirugía de cataratas que incluya la implantación de una lente intraocular.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	Medicare cubre los exámenes de audición de diagnóstico y los exámenes de equilibrio si son ordenados por un médico.
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor	No cubierto bajo y condición
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3)
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubierto bajo y condición

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios según las normas de Original Medicare	No cubierto bajo y condición
Servicios de salud en el hogar	Medicare cubre los servicios de enfermería especializada médicamente necesarios que se prestan de forma intermitente o a tiempo parcial.
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	No cubierto bajo y condición
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubierto bajo y condición
Servicios dentales que no sean de rutina	Se pueden cubrir los servicios dentales requeridos para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios Consulte “Servicios dentales” en la Tabla de beneficios para ver otras coberturas
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Si los zapatos forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para medicamentos de la Parte D

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

Vaya al Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Nuestro plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre que siga estas reglas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que emita recetas) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- La persona que emite la receta no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia 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.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para más información sobre una indicación médicamente aceptada.)
- Su medicamento puede requerir aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para más información).

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos los recetas que obtiene en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle sus medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentra una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visite nuestro sitio web (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/), y/o llamar a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza abandona la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención de largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para adultos mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena urbana o tribal (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas de los Estados Unidos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, 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, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ o llame al Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477).

Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

El servicio de pedido por correo del plan requiere permite que solicite ***al menos* a 30 suministro del día del fármaco y *no más de* a 100 oferta diaria**.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo Visite nuestro sitio web (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare) y seleccione "Prescription Drugs" (Medicamentos recetados) y luego "Order Drugs by Mail" (Pedir medicamentos por correo). También puede llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

Por lo general, el pedido a la farmacia será entregado el servicio de pedido por correo le llegará en 10 días como máximo. En caso de que un paquete de pedido por correo se retrase, la farmacia de pedidos por correo puede ayudarle a coordinar un surtido a corto plazo con una farmacia minorista que esté cerca de usted. Al pedir medicamentos por correo, asegúrese de hacer el pedido con suficiente anticipación para que los reciba cuando los necesite. También puede llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar 1-877-454-8477) para obtener ayuda.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarle si debe enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos de medicamentos pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 10-14 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de uso continuo. Su *Directorio de proveedores y farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ le indica las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede llamar Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para obtener más información.
2. Es posible que también recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Utilizar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos obtenidos en farmacias fuera de la red *solo* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus recetas como afiliado de nuestro plan. **Verifique primero con Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en estas circunstancias:
- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia. Nota: No podemos pagar ninguna receta que surta una farmacia fuera de los Estados Unidos, ni siquiera por 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 las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento cubierto de la Parte D que está agotado en una farmacia minorista o de pedido por correo de la red accesible (incluidos 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 a un suministro de 30 días.

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tiene que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surte su medicamento recetado. Podrá solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

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

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura, la* **denominamos la Lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted siga las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación

médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento cumple *cualquiera* de estos requisitos:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se receta.
- Está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex 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 bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son fármacos más complejos de lo habitual. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un fármaco o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico original y por lo general tienen un costo más bajo. Existen sustitutos genéricos de medicamentos 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 sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden aparecer 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 información adicional, consulte 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 nuestra Lista de medicamentos. (Para obtener información adicional, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 5 Hay niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Genéricos preferidos: el nivel de costo más bajo, para medicamentos genéricos seleccionados
- Genéricos: un nivel de costo más alto, para la mayoría de los otros medicamentos genéricos
- De marca preferidos: un nivel de costo medio, para medicamentos de marca seleccionados. Este nivel también incluye medicamentos genéricos seleccionados de mayor costo.
- Medicamentos no preferidos: el segundo nivel de costo más alto, para medicamentos seleccionados.
- Medicamento de especialidad: el nivel de costo más alto para ciertos medicamentos inyectables y medicamentos de especialidad.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan. En el Capítulo 6, se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento está incluido en la Lista de medicamentos

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

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos vía electrónica.
- Visite el sitio web del plan (www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/prescription-drugs/formularies). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan www.JeffersonHealthPlans.com/medicare puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, ver una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudarlo a usted y al proveedor a usar los medicamentos del modo más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y al proveedor a utilizar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por el médico, y costo compartido pueden aplicarse diferentes restricciones o a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al 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 seguir pasos adicionales para que el plan le cubra el medicamento. Llamar Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para saber lo que necesitarían hacer usted o el proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte en el Capítulo 9.)

Obtención de la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación de nuestro plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se lleva a cabo para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos para usted. 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 a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/prescription-drugs/prior-authorizations/.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección

médica, nuestro plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Para obtener los criterios de terapia escalonada de nuestro plan, puede llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) o en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/prescription-drugs/step-therapy/.

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad de medicamento que puede obtener al momento de surtir una receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con 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 consideran que debe tomar, y que no está en nuestra Lista de medicamentos tiene restricciones. Por ejemplo:

- O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de costo compartido sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones sobre lo que puede hacer:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con el proveedor sobre el cambio de cobertura.

Para tener derecho a un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe figurar en la Lista de medicamentos del plan O se encuentra ahora restringido de algún modo.**

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** de su afiliación al plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante el primer **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será por un máximo de 30 días. Si su receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de hasta 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es adicional al suministro temporal que se mencionó antes.
- **Para los miembros que tienen un cambio en el nivel de atención (como finalizar la hospitalización en un hospital, un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo, o volver del estado de cuidados paliativos a la cobertura estándar de Medicare Part A y B), tenemos un proceso automatizado para garantizar que pueda recibir sus medicamentos. Su proveedor o farmacia también puede 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.**

En caso de dudas sobre un suministro temporal, comuníquese con Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

En el período durante el cual utilice el suministro temporal de un medicamento, debe consultar con el proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con el proveedor si existe un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para solicitar 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 funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a pedir una excepción. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no se encuentre en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para aprender qué hacer. Allí se explican los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera oportuna e imparcial.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que considera muy alto, consulte con el proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) para solicitar una cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción diríjase a la Sección 6.4 del Capítulo 9 donde se explica qué hacer. También se mencionan los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5 (Medicamentos de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregue o elimine medicamentos de la Lista de medicamentos**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**.
- **Reemplazar un medicamento de marca por con una versión genérica del medicamento**.
- **Reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. A veces recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento será en el mismo nivel costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Es posible que realicemos estos cambios de inmediato y le informemos más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o realizando cambios. Si está tomando el 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 en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con previo aviso.**
  - 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 costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos será en el mismo nivel costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, el plan eliminará inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Realizar otros cambios a los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otras modificaciones una vez que haya comenzado el año que afecten a los medicamentos que usted toma. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en recuadros de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le notificaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días adicional del medicamento que está tomando.

Si realizamos algún cambio en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con quien emite la receta acerca de las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona que emite la receta puede solicitarnos una excepción para continuar con la cobertura del medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Los cambios en la Lista de medicamentos no lo afectan durante este año del plan actual

Podemos hacer ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará si está tomando el medicamento al momento del cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecimos una restricción nueva respecto del uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si ocurre alguno de estos cambios con respecto a un medicamento que toma (pero no a causa de un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará el uso o lo que paga como la parte del costo que le corresponde hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el periodo de inscripción abierta) para comprobar si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta que se *excluyen*. Esto significaMedicare no pagaestos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido en virtud de la parte D, lo pagaremos o lo cubriremos (para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *no aprobado* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como el Servicio de Información del Listado de Medicamentos del Hospital Americano (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Uso no aprobado* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).

- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si está recibiendo Ayuda adicional de parte para pagar sus medicamentos con receta, el programa Ayuda adicional no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado pueden cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento con receta

Para surtir la receta, proporcione los datos de afiliación al plan, que se encuentran en la tarjeta de afiliación, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de los medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si no posee información sobre nuestra afiliación al plan, usted o la farmacia pueden comunicarse con el plan para obtener la información necesaria, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** Entonces **puede solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre nuestro estadía

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2 Como reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una casa de reposo) posee su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC), puede obtener los medicamentos con receta a través de la farmacia del centro de la que usted es cliente, mientras que sea parte de la red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/ para conocer si la farmacia del centro de LTC o de la que es cliente forma parte de la red. Si no lo es, o si necesita más información o asistencia, póngase en contacto con Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477). Si se encuentra en un LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir normalmente los beneficios de la Parte D a través de la red de farmacias del LTC.

Si 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 la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador o grupo jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo.** Puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que su cobertura grupal paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, el empleador o grupo de jubilación debe enviarle una notificación en la que se indica si la cobertura de medicamentos para el siguiente año calendario es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, significa que el plan posee una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde esta notificación sobre la cobertura acreditable, dado que podría necesitarla más adelante. En caso de no haber recibido la notificación de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o del plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y el plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscripto en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no cubre el centro porque no se relaciona con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, el plan debe ser notificado por el prescriptor o por el proveedor del centro de cuidados paliativos de que el medicamento no se relaciona con la enfermedad o afección antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que el plan debería cubrir, solicite al proveedor de cuidados paliativos o al prescriptor que se lo notifique antes de que se surta la receta.

En el caso de que anule la elección del centro de cuidados paliativos o sea dado de alta del centro, el plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio del centro de cuidados paliativos de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar la anulación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de modo seguro los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que recibe de varios prescriptores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus prescriptores para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. En conjunto con los prescriptores, si decidimos que su consumo de los medicamentos opioides con receta puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que usted obtenga estos medicamentos. Si lo incluimos en el DMP, las limitaciones pueden ser:

- Solicitarle que obtenga todas las recetas de los medicamentos opioides o de benzodiazepine de ciertas farmacias
- Solicitarle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o de benzodiazepine de ciertos prescriptores
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o de benzodiazepine que le cubriremos

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar, le enviaremos una carta por adelantado. 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 con un prescriptor o farmacia específico. Tendrá la posibilidad de comunicarnos los prescriptores o las farmacias a los que prefiere acudir, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta con la confirmación de la limitación. Si considera que cometimos un error o no coincide con la decisión que tomamos o la limitación que establecimos, usted y el recetador tienen derecho a solicitarnos una apelación. En caso de apelar, revisaremos el caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se lo incluirá en el DMP si padece ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con cáncer o depranocitosis, si recibe cuidados paliativos, terminales o de un centro de cuidados paliativos, o si vive en un centro de cuidados de largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) programa para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que los miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o están en un programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar los opioides de modo seguro, pueden obtener los servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar sobre el mejor modo de tomar los medicamentos, los costos o cualquier problema o inquietud que surja sobre los medicamentos con receta y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de los medicamentos. Asimismo, obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, la cantidad que toma, los horarios en que los toma y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre el desecho seguro de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen consigo a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga la actualizada y consigo (por ejemplo, junto con su identificación) en caso de asistir al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifíquelo y lo retiraremos. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477).

CAPÍTULO 6: Lo que le pagar por los medicamentos de la Parte D

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

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (*Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) y solicite la Cláusula adicional LIS.

En este capítulo usamos el término medicamento en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe conocer los medicamentos que están cubiertos, el lugar donde surtir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica 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 su bolsillo que tendrá que pagar. También puede llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real”.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

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

- **Deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago** es el monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- **Coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para los gastos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

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

- El monto que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como afiliado 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 a través de la “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos contra el AIDS, State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAPs) Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica, y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,400 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos <u>no se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

Sus costos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red

- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y las vacunas cubiertas por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, compensación para trabajadores)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuento del Fabricante

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477).

Seguimiento de sus costos totales de gastos de su bolsillo

- El informe de la *Explanation of Benefits (EOB) de la Parte D* que recibirá incluye el importe actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este importe alcance $2,400, este *(EOB) de la Parte D* informe le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.1, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Jefferson Health Plans Elite

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos bajo Jefferson Health Plans Elite. El monto que usted paga por cada receta médica depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB)* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de un medicamento a la siguiente. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Gastos de su bolsillo:** este es el monto que pagó Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare, planes médicos de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costo totales de los medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Si surtió una o más recetas 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 de ese mes.** Este informe proporciona detalles de pago sobre los medicamentos recetados que usted surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó nuestro plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un costo compartido más bajo para cada reclamación de receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar la totalidad del costo de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos que paga de su bolsillo, denos copias de los recibos. **Estos son ejemplos de momentos en los que debe darnos copias de sus recibos de sus medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB* de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si le parece que el informe está incompleto o tiene alguna pregunta, llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay un deducible para Jefferson Health Plans Elite

No hay un deducible para Jefferson Health Plans Elite. 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 paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto de su coseguro o copagos). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene niveles de 5 costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los niveles de 5 costo compartido. En general, cuanto mayor sea el número de nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Genéricos preferidos: el nivel de costo más bajo, para medicamentos genéricos seleccionados
- Genéricos: un nivel de costo más alto, para la mayoría de los otros medicamentos genéricos
- De marca preferidos: 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 de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Medicamentos no preferidos: el segundo nivel de costo más alto, para medicamentos seleccionados. Usted paga $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Medicamento de especialidad: el nivel de costo más alto para ciertos medicamentos inyectables y medicamentos de especialidad.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para saber

cuándo cubriremos un medicamento con receta médica surtido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.

- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan a www.JeffersonHealthPlans.com/medicare/find-a-doctor/.

Sección 5.2 Su costo por un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En esos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Su costo por un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.) (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos)	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos)	$0 copago	$0 copago	$0 copago	$0 copago

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido estándar de pedido por correo** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LongTerm Care, LTC)** (suministro para hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles.) (suministro para hasta 30 días)
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro	25 % coseguro
Costo compartido Nivel 4 (Fármaco no preferido)	30 % coseguro	30 % coseguro	30 % coseguro	30 % coseguro
Costo compartido Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro	33 % coseguro

Usted no pagará más de $35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costo compartido de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen que usted tenga un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le dispense un suministro para menos de un mes completo de sus

medicamentos si esto le ayudará a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos recetados.

Si usted recibe un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos, no tendrá que pagar por el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro depende del costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago del medicamento, solo pagará la cantidad de días del medicamento que usted recibe en lugar de un mes entero. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (la tarifa costo compartido diaria) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es para para hasta 100-días de suministro

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En esos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos para el suministro *a largo plazo* (para hasta 100-días) de un medicamento de la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro para hasta 100 días)	**Costo compartido de Pedido por correo** (suministro para hasta 100 días)
Costo compartido Nivel 1 (Genéricos preferidos)	$0 copago	$0 copago
Costo compartido Nivel 2 (Genéricos)	$0 copago	$0 copago
Costo compartido Nivel 3 (Marca preferida)	25 % coseguro	25 % coseguro
Costo compartido Nivel 4 (Fármaco no preferido)	30 % coseguro	30 % coseguro

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido de Pedido por correo (suministro para hasta 100 días)
Costo compartido Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel de especializados.	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel de especializados.

No pagará más de $70 por el suministro para hasta 2 meses o $105 por el suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que pague de su bolsillo totales alcancen los $2,400. Usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que usted recibirá lo ayudará a llevar un registro del monto que usted, el plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros llegan al límite de $2,400 límite de paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Para saber cómo Medicare calcula los gastos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.2.

SECCIÓN 6 Etapa de cobertura catastrófica

En la Etapa de cobertura catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura catastrófica cuando los costos que paga de su bolsillo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no pagas nada de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que 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 en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o póngase en contacto con Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477)

para obtener información sobre cobertura y costo compartido en relación con vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí.**
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna** (a veces se lo denomina administración de la vacuna).

El costo de la vacuna de la Parte D depende de tres factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada a usted.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede entregarse en una farmacia o en un consultorio médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede aplicar la vacuna en la farmacia. Otra alternativa es que la aplique un proveedor en un consultorio médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le aplica la vacuna de la Parte D puede variar dependiendo de las circunstancias y de la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del proveedor que se la aplica. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará todo lo que haya pagado.
- Otras veces, cuando se le aplique una vacuna, pagará sólo la parte del costo que le corresponda de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia sus copagos por la vacuna en sí, lo cual incluye el costo de la aplicación de 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 reciba la vacuna, quizás deba pagar el costo total de la vacuna propiamente dicha y el costo del proveedor que se la aplica.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, le reembolsarán todo el monto que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos los copagos de la vacuna (incluida la aplicación).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D propiamente dicha en una farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde le aplican la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna propiamente dicha.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia sus copagos por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que usted tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos el copagos por la aplicación de la vacuna.

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 la parte que nos corresponde por los medicamentos o servicios cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. O puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir algunas fechas límite para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

A veces, también puede suceder que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más que su parte del costo compartido, como se analiza en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Usted nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nosotros, usted igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede que deba solicitarle al plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando recibe atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red de nuestro plan.**

   Fuera del área de servicio, sted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En esos casos,

   - Solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde a usted por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.

- Si usted, paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que haya realizado.
- Puede recibir una factura del proveedor en la que le solicite un pago que usted cree que no le corresponde. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
    - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente.
    - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación como recibos y facturas para que coordinemos su rembolso.

4. Cuando surte un medicamento con receta en una farmacia fuera de la red

Si usted va a una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentarnos el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de membresía del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolsole pague la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle 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 nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o

medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. el Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos antes de enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe la factura y documentación de los pagos que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos el reclamo dentro de 180 días** a partir de la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagados a esta dirección:

Para artículos/servicios médicos:

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

Para medicamentos recetados:

Express Scripts
ATTN: Medicare Part D
PO Box 52023
Phoenix, AZ 85072

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. 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 nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo.

Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener los detalles de cómo realizar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Algunos ejemplos de las formas en que nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no están a título enunciativo, la provisión 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 disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Nuestro plan puede proporcionarle materiales traducidos, en el idioma de su elección, sin costo alguno para usted. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477).

Nuestro plan tiene la obligación de darles a las mujeres inscritas la opción de tener acceso directo a un especialista de salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos.

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

Si tiene alguna dificultad para obtener la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante Relaciones con el miembro en

1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477). También puede presentar una queja ante Medicare mediante un llamado a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir proveedor de atención primaria de su (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para acudir a proveedores de la red.

Tiene derecho a programar citas y recibir los servicios cubiertos de los proveedores de la red de nuestro plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, la del Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y control sobre cómo se usa su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo en las circunstancias que se indican abajo, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde atención o pague su atención, *tenemos la obligación de obtener antes el permiso por escrito de usted o de una persona a la que usted haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o exigidas por la ley.
    - Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención médica.

- Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentaciones federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que lo identifique a usted de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Jefferson Health Plans Elite, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea cualquiera de estos tipos de información, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionar información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionar información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer usted al respecto.** En el Capítulo 9 se brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9 también se proporciona

información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se llama apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores le deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de manera tal que usted comprenda*.

Usted también tiene derecho a participar de la toma de decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no."** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Desde luego que, si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que *si quiere*, usted puede:

- Llenar 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.
- **Darle a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamento vital** y el **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una directiva anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directiva anticipada a su abogado, a un asistente social o conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) para pedir los formularios.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tomará las decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Le conviene darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene 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). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

Si sus instrucciones no se siguen

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante Office of Quality Assurance, Pennsylvania Department of Health, Health and Welfare Building, 8th Floor West, 625 Forster Street, Harrisburg, PA 17120.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le informa lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **tenemos la obligación de tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que tiene de estos lugares:

- **Llamar a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477)**
- **Llama a tu SHIP local** en 1-800-792-8820
- **Llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY los usuarios llaman al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- **Puede llamar a Relaciones con el miembro de nuestro plan 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
- **Puede comunicarse con Medicare**
  - Puede visitar el sitio web de Medicare.gov para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (La publicación está disponible en Derechos y protecciones de Medicare)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Su responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Para preguntas, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar a 1-877-454-8477).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de cobertura* sabrá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que acuda a obtener atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros profesionales de la salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre los medicamentos, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener respuestas que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Incluso 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 puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para gestionar los problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también llamadas quejas).

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. Muchos de estos términos no son conocidos por la mayoría de las personas. Para que quede más claro, 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 saber qué términos debe utilizar para obtener la ayuda o información adecuada, incluimos estos términos legales cuando le explicamos los detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene un reclamo sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Para obtener ayuda, debe llamar siempre a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). También es posible que, en algunas situaciones, necesite ayuda o asesoramiento de alguien que no esté relacionado con nosotros. Las siguiente son dos organizaciones que pueden ayudarlo:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

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

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. el programa SHIP, 1-800-792-8820, https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/.

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 Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (productos médicos, servicios médicos o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de 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**, **el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, suministros, y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, solemos referirnos a los suministros médicos, los servicios y los medicamentos recetados de Medicare Parte B como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para determinar asuntos tales como si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si desea saber si cubriremos atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de nuestro plan lo deriva a un médico especialista que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que usted o su médico de la red puedan demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este médico especialista, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se desestimará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si desestimamos la solicitud de decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidamos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir si una atención médica no está cubierta o ya no se encuentra cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o rápida de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Cuando finalicemos la revisión, le informaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si rechazamos la presentación de una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Vaya a **la Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se examinan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame al Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477)**
- **Obtener asistencia gratuita** del Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare).
  - En el caso de atención médica o medicamentos recetados 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 de Nivel 1, se la enviará automáticamente al Nivel 2.
  - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede 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 el profesional que le receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, pariente, u otra persona sea su representante, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El

formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.JeffersonHealthPlans.com/medicare). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación que realiza un representante sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de 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 diferentes reglas y plazos. Damos los detalles 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 hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos).

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

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

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Los beneficios de atención médica que le corresponden se describen en el Capítulo 4 en la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los productos y servicios médicos.

En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5.2**.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. La Sección 5.2**.
3. Recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le comunicamos que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. La Sección 5.3**.
4. Recibió y pagó por atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. La Sección 5.5**.
5. Le informamos que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que nosotros aprobamos previamente, se reducirá o interrumpirá, y usted considera que la reducción o interrupción de esta atención podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. La 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), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo puede solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una decisión de cobertura rápida se llama una **determinación acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el producto 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 resuelve dentro de las 72 horas si se trata de servicios médicos o 24 horas si se trata de medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Puede *solicitar solo* la cobertura de artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto su salud como su capacidad para recuperar la funcionalidad pueden resultar perjudicadas.

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una determinación de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una determinación de cobertura rápida.

Si usted mismo solicita una determinación de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una determinación de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- Que aplicaremos los plazos estándares.
- Que le otorgaremos una determinación de cobertura rápida automáticamente si su médico la solicita.
- 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: Pedir a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Empiece llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o demos cobertura a la atención médica que desea. Usted, o su médico, o

su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le brindaremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un producto o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su producto o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le brindaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos una respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo no es el mismo que el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la sección 10 para obtener más información sobre los reclamos).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un producto o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no debemos* tomar días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. (Consulte la sección 10 para obtener más información sobre los reclamos). Nos comunicaremos con usted tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos la totalidad o a parte de su solicitud, le enviaremos una declaración escrita con una explicación de por qué la respuesta es negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención

médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de un tipo de atención médica, usted o su médico tendrá que decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su estado de salud requiere una apelación rápida, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar un apelación llamándonos por teléfono. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Comprobamos si hemos seguido todas las normas cuando hemos rechazado su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente poniéndonos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
    - Sin embargo, si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si solicita un medicamento con receta de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la prórroga, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B que no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario por su afección médica.
    - Si solicita tiempo adicional o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si solicita un artículo o servicio médico. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar días adicionales para decidir si solicita un medicamento con receta de la Parte B.

- Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta en el plazo límite (o al final de la prórroga), enviaremos su solicitud a apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos en un plazo de 30 días calendario si usted solicita un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento con receta de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** le remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** En ocasiones se denomina la **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se encarga de determinar si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- Para la 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 por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si tardan más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si esta es por un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si tardan más días, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le comunicará la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de productos o servicios médicos,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica **dentro de las 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 aceleradas**, 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 una solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B dentro de las **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización rechaza total o parcialmente su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de

atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa 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 por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le comunicará el valor en dólares que debe cubrir para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibirá después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado litigante manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9, se explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 5.5 Si nos pide que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación en la cual nos solicita el pago.

Pedir el reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud, puede suceder lo siguiente**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede si rechazamos su petición**: Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le diremos que no pagaremos los servicios y por qué motivo.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. En los casos de apelaciones relativas a un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Tenemos que darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si solicita que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que tenemos que efectuar el pago, debemos enviárselo a usted o al proveedor de en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta 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 las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si en la farmacia le dicen que su receta no puede surtirse tal como está escrita, le entregarán un aviso por escrito en el que se explica cómo ponerse en contacto con nosotros para pedir una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina decisión **de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Pedir una excepción. La Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o requisitos de probar otro medicamento antes). **Pedir una excepción. La Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un importe inferior en costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel superior costo compartido. **Pida una excepción. La Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicite que se tome una decisión de cobertura. La Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya ha comprado. **Puede pedirnos un reembolso. La Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se le indica cómo pedir las decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos una **excepción al formulario.**

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento una **excepción al formulario.**

Pedir que se pague un precio más bajo por un medicamento cubierto no preferido una **excepción de nivel.**

Si un medicamento no está cubierto de la manera que a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos la solicitud de una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Aquí están 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos en Medicamento de Nivel no preferido. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la costo compartido cantidad copago o coseguro que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los niveles de 5 costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
    - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos en un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido 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 pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
    - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en 5 (Medicamentos de especialidad).
    - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si autorizamos su solicitud de una excepción, nuestra autorización normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válido mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo puede solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Las decisiones de cobertura estándar se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir estos 2 requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura para un reembolso de un medicamento que ya ha comprado).

- El uso de los plazos estándares podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de una persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con las siguientes características:
  - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
  - Explicación de que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión rápida sobre la cobertura, le daremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura.
  - Información de cómo puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar 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 brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario modelo de *solicitud de determinación de cobertura de CMS*, el cual disponible en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Puede hacerlo usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Estudiamos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que apoya su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de su médico que apoya su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago por un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de 14 días calendario desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación del plan.**

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada.**

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

Una apelación estándar suele realizarse en un plazo de 7 días calendario. Un apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida

- Si está apelando una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona autorizada a dar recetas medicamentos tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que se explican en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si se requiere una respuesta rápida por su salud, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito o llámanos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, presente la apelación por escrito o llámenos al 1-866-901-8000.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario modelo de solicitud de redeterminación de CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.JeffersonHealthPlans.com/medicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, deberá explicar el motivo del retraso cuando presente su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le brindamos 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 añadir más información para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otra persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos una respuesta antes si es necesario por su salud.
    - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado en un plazo de 72 horas de recibir su apelación.

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar por un medicamento que aún no ha recibido

- Para una apelación estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos el motivo del rechazo y cómo puede apelar.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago por un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** estamos obligados a efectuar el pago en un plazo de **30 días calendario** desde que recibimos la solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente.** En ocasiones se denomina la **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Se encarga de determinar si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que debe cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar una apelación dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en el aviso 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. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- Enviaremos la información sobre su apelación a la organización de evaluación independiente. Esta información se llama su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente harán un revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta otorgarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe 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 nos solicita que le reembolsemos el pago de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente en un **plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión independiente en **un plazo de 72 horas** después de recibir 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** 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 respuesta de la organización de revisión independiente a su apelación es negativa?

Si esta 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 **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explica la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelación luego del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles del modo en que debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibe luego de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un juez administrativo o un abogado adjudicador manejan la apelación de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se decidida su fecha del alta, su médico o el personal del hospital le informarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

A los dos días calendario de ingresar en el hospital, recibirá una notificación por escrito denominada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* Todas las personas bajo cobertura de Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítesela a cualquier empleado del hospital. En caso de necesitar ayuda, comuníquese con Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY llaman a 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y luego de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a conocer estos servicios, el responsable de pagarlos y el lugar donde obtenerlos.
    - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.

- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- El derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que el alta es demasiado pronto. Se trata de un modo formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que la atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** de la notificación para tener a mano la información sobre el modo de presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.
   - Si firma la notificación más de dos días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, llame a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 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 ver la notificación en Internet en CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante un período más largo, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), para obtener ayuda personalizada. el programa SHIP, 1-800-792-8820, https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/. La información de contacto de 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. Decide si la fecha de alta programada es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros

profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las fechas de alta hospitalaria para personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata del alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica el modo de comunicarse con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes de* abandonar el hospital y **no más tarde de la medianoche del día del alta.**
  - **Si cumple este plazo,** podrá permanecer en el hospital *luego de* la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
  - **Si *no* cumple este plazo,** contacta con nosotros. Si decides quedarte en el hospital luego de la fecha prevista del alta, *es posible que tenga que abonar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba luego de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata del alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos pongamos en contacto con usted, le entregaremos un **Aviso detallado del alta**. Esta notificación indica la fecha de alta prevista y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que sea dado de alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Relaciones con el miembro 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O también puede ver un ejemplo de la notificación en Internet en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) el motivo por el que considera que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también examinarán su información médica, consultarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente al que los revisores nos informaron de la apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha prevista de alta. En esta notificación también se explican detalladamente las razones por las que el médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *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 posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad ha dicho *no* a su apelación *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que usted pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

En una apelación de Nivel 2, le solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión que se tomó en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza la apelación de Nivel 2, deberá abonar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha de alta prevista.

Paso 1: Póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** luego de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad revisarán de nuevo con cuidado toda la información relacionada con su apelación

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y te comunicará su decisión.

Si la organización de revisión acepta:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los gastos de atención médica que haya recibido en el hospital desde el mediodía del día siguiente a la fecha en la que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar con la cobertura para la atención hospitalaria como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Debe continuar abonando su parte de los gastos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión no acepta:

- Significa que coincide con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- En la notificación que recibirá se le explicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la Organización de revisión independiente no acepta, deberá elegir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si decide avanzar para presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en la notificación escrita que recibirá luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de salud a domicilio, atención de reposo especializado o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a continuar con los servicios para ese tipo de atención mientras sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando se cancele su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que la cobertura de su atención se cancela demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación acelerada.** Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso muestra *solo* que ha recibido el información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), para obtener ayuda personalizada. el programa SHIP, 1-800-792-8820, https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/. La información de contacto de 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. Decide si la fecha de finalización de la atención es médicamente apropiada. La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que les paga el gobierno federal para comprobar y ayudar a mejorar la calidad de la atención a las personas con Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En la notificación escrita que ha recibido (*Notificación de no cobertura de Medicare*) se indica el modo en que puede ponerse en contacto con esta organización. O encuentre el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *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 la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que se encuentra en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la organización para la mejora de la calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura Notificación que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, el motivo por el que consideran

que debería continuar la cobertura de los servicios. No debe preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- La organización revisora también examinará su información médica, consultará con su médico y revisará la información que el plan le ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá la *explicación detallada de no cobertura* en la que se indican los motivos para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan; los revisores te comunicará su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan la apelación?

- Si los revisores *rechazan* la apelación, **la cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de reposo especializado o servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que finaliza su cobertura, **deberá abonar el costo total** de esta atención médica.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* la apelación del Nivel 1 – y decide continuar recibiendo la atención médica luego de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

En una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a revisar 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 deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de reposo especializado, o de los servicios en un centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *luego* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un plazo de **60 días calendario** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* la apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y te comunicará su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles del modo de hacerlo en el aviso escrito que recibió luego de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez de derecho administrativo o un árbitro. En la Sección 9 habla más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevando su apelación al los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Es posible que esta sección sea útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares de un elemento o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de Nivel 2 explicará lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un árbitro que trabaja para el gobierno federal revisará la apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el árbitro acepta la apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* concluir.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que le sea favorable. Si decidimos apelar se avanzará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del juez administrativo o del árbitro.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez administrativo o el árbitro rechaza su apelación, el proceso de apelación *puede* o *no* concluir.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no acepta la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si el consejo acepta o rechaza la solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelar esta decisión a Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en el plazo de 60 días calendario luego de recibida la decisión del consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* concluir.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza la apelación, el proceso de apelaciones ha finalizado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, podría continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo de apelaciones rechaza la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5 y el modo de continuar con la apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones para Solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección sea útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con cierto monto en dólares, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba por la apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y lo que debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos del mismo modo a los 2 primeros niveles. A continuación se menciona al responsable de manejar la revisión de la apelación en cada uno de estos 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 la respuesta es sí, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelaciones *se termine* o *siga***.
  - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones termina.
  - Si no acepta la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelaciones habrá finalizado**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el consejo **dentro de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar en 30 días calendario** de haber recibido la decisión.
- **Si su solicitud es rechazada, es posible que el proceso de apelación *se termine* o *siga***.
  - Si usted decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el consejo rechaza la apelación o la solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Además se le indicará el responsable con quien comunicarse y lo que debe hacer a continuación si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **tribunal de distrito federal** revisará la apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *aceptar* o *no* la solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No existen más niveles de apelación luego del tribunal de distrito federal.

Presentar Quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo de
Calidad de la atención médica	• ¿No se encuentra satisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguien no respetó el derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No se encuentra satisfecho con el Relaciones con el miembro? • ¿Siente que lo alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por el Relaciones con el miembro u otro personal del plan? ◦ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No se encuentra satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos enviado una notificación obligatoria? • ¿La información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Este tipo de quejas se refieren exclusivamente	Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y considera que no estamos respondiendo con la

Queja	Ejemplo de
a la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	suficiente rapidez, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación se presentan algunos ejemplos: • Nos ha solicitado una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y la hemos rechazado; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos los plazos establecidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamación.**

Presentar una queja se denomina **presentar una reclamación.**

Utilizar el proceso de quejas se denomina **utilizar el proceso de presentación de reclamaciones.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamación acelerada**

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477).** Si debe hacer algo más, llaman a Relaciones con el miembro)se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Así es como funciona nuestro procedimiento formal para responder reclamos:**

  Proceso estándar de reclamos

  Para utilizar nuestro proceso de reclamos, debe llamarnos o enviar su queja por escrito por correo o fax. Consulte nuestra información de contacto a continuación para

determinar cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja acerca de sus beneficios o atención médica.

Llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

O envíe una solicitud por correo postal a:

Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

También puede enviar su reclamo por fax a 215-991-4105.

Debemos recibir su reclamo dentro de los 60 días calendario del evento o incidente que ocasionó que usted presentara su queja. Una vez que recibamos su queja, un especialista en apelaciones comenzará una investigación. Debemos abordar su queja tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a más tardar 30 días calendario después de recibir su queja. Podemos extender el plazo en hasta 14 días calendario si solicita la prórroga, o si establecemos la necesidad de información adicional y la demora es para favorecerlo. Una vez que se tome una decisión, se lo notificaremos verbalmente o por escrito.

Proceso acelerado (rápido) de reclamos

También tiene derecho a pedir un proceso de reclamo rápido. Un reclamo rápido es un tipo de queja que debe resolverse dentro de las 24 horas posteriores al momento en que se comunique con nosotros. Usted tiene el derecho de solicitar un proceso de reclamo rápido si no está de acuerdo con:

- Nuestra decisión de invocar una extensión de hasta 14 días en una determinación de organización/cobertura o reconsideración/ redeterminación; o
- Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación de la organización o una reconsideración de los servicios de salud; o
- Nuestra denegación de su solicitud para acelerar una determinación de cobertura o redeterminación de un medicamento recetado (Planes con beneficio de la Parte D solamente).

El proceso de reclamo acelerado es el siguiente:

Usted o un representante autorizado pueden llamarnos o enviar su queja por escrito por correo o fax indicando que desea el proceso de reclamo rápido (acelerado). Una vez que recibamos su queja, un especialista en apelaciones comenzará la investigación de inmediato. Investigaremos su queja y decidiremos dentro de las 24 horas si nuestra determinación de negarle 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 presenta una queja acerca de sus beneficios o atención médica.

Llame al 1-866-901-8000 (TTY 1-877-454-8477), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

O envíe una solicitud por correo postal a:

Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
Jefferson Health Plans
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107

También puede enviar su reclamo por fax a 215-991-4105.

- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja debido a que hemos denegado su solicitud de decisión de cobertura rápida o de apelación rápida, le brindaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no coincidimos** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema sobre el que se queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 posee información de contacto.

  O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Jefferson Health Plans Elite directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en 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: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía de Jefferson Health Plans Elite puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. En las secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si dejará nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierto

Puede finalizar su membresía de nuestro plan durante el **período de inscripción abierto** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida la cobertura del próximo año.

- **El Periodo de inscripción abierta** es del 15 de **octubre al 7** de diciembre.
- **Elija mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el siguiente año**. Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado. O
  - Medicare Original *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 opte por no participar en 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 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 vigencia el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede realizar *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 nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - 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 usted elige pasarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige 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 de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Jefferson Health Plans Elite pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (Medicare.gov).

- En general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare

- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).
- **Nota:** si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado. O
- Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo de 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de cobertura de medicamentos:** Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede:

- **Llamar a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477)**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2027 (Medicare y Usted 2027).***
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo finalizar tu membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Jefferson Health Plans Elite cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en Jefferson Health Plans Elite cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Llame a Relaciones con el miembro al 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-454-8477) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción al Jefferson Health Plans Elite se cancelará cuando empiece su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe 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, usted debe seguir recibiendo servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la redo pedido por correo obtener sus medicamentos con receta**.

- **Si está hospitalizado el día que se cancela su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Jefferson Health Plans Elite debe cancelar su membresía en ciertas situaciones

Jefferson Health Plans Elite debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llamar a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (TTY los usuarios llaman 1-877-454-8477) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es un ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llamar a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (TTY los usuarios llaman 1-877-454-8477).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Jefferson Health Plans Elite no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY Los usuarios de llamada 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este *Evidencia de cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen 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 ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de no asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de medicamentos con receta de Medicare, 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 del Cuidado de Salud de Bajo Costo, 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 tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Relaciones con el miembro en 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Relaciones con el miembro puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal

Regulations, CFR), Jefferson Health Plans Elite, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación – una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio – área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia – servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa – aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio – una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional – un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar – 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 al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica (consulte "**Biosimilares intercambiables**").

Biosimilar intercambiable – Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelar o **cancelación de la inscripción** – el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) – servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio – un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) – es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta – cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare) – seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago – un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo $10) más que un porcentaje.

Coseguro – un monto que se le pedirá que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte de los costos por servicios o los medicamentos con receta.

Costo de suministro – un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo – consulte la definición de costo compartido. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que paga de su bolsillo un miembro.

Cuidado asistencial – el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional e incluye actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible – es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura – Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización – una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos – dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia – una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que usted pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de este, o la pérdida de una función corporal o su deterioro grave. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) – ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica – es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial – esta es la etapa después de que pague sus deducibles (si tiene) y antes de que sus gastos de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral de gastos de bolsillo.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información – en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos – cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Jefferson Health Plans Elite, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red – una farmacia contratada por el plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red – farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos Compartidos – Gastos compartidos se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Gastos compartidos los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) todo monto del deducible que pueda imponer un plan antes de que se cubran los medicamentos; 2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija al recibir medicamentos específicos; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento, que un plan exija al recibir medicamentos específicos.

Gastos compartidos diaria – es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un

ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

"Herramienta de beneficio en tiempo real" – una aplicación de computadora o portal en la que las personas inscritas pueden buscar infromación de beneficios y formularios completos, precisos, oportunos, clínicamente apropiados, específicos de las personas inscritas. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos del formulario alternativos que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento progresivo, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio – un beneficio que ofrece un tratamiento especial a un miembro en quien se ha certificado médicamente una enfermedad terminal, es decir, que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización – es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada – un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de formulario del American Hospital y la Información DRUGDEX de Micromedex sistema.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI) – es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad – una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos) – una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica) – programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estateles de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario – significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca – medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico – un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca pero suele ser más económico.

Medicamento seleccionado – un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos – es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D – Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare – el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen Enfermedad Renal Terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan) – una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) – si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, 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 pagarán una prima más alta.

Monto máximo que paga de su bolsillo – El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos dentro de la red Servicios de la Parte A y la

Parte B Los montos que usted paga por los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D – monto que se suma a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de Costo compartido – cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 5 costo compartido niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) – un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional o plan Medicare de pago por servicio**) – el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Consulte: Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D – es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios – la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y los centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya hospitalaria para pacientes internados para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

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 afiliados pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Medicare Original.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage – el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta separado de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage es también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción anual – el período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden modificar sus planes de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial – un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial – el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Personas doblemente elegible – Una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales – un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de necesidades especiales doble (D-SNP) – Los planes D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

Plan de necesidades especiales institucionales equivalentes (IE-SNP) – un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP) – los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de salud de Medicare – un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO) – Un plan de una 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 de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los gastos de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan institucional de 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 basados en las instalaciones (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA) – a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman planes **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE – un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTSS) para personas vulnerables de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare) – el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Prima – el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico – Medicamento de venta con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo cual las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Producto biológico original – Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

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

Programa de descuento del fabricante – Un programa bajo el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) – un médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red – **proveedor** es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red – Un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja – el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo.** El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el

servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo – un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de su atención médica. Los reclamos no están relacionados con disputas de cobertura ni de pago.

Relaciones con el miembro – un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía y beneficios, reclamos y apelaciones.

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 cubiertos – es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare – Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los beneficios dentales, para la visión o la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios de rehabilitación – estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes hospitalizados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios preventivos – servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, inyecciones, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas para el monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Servicios urgentemente necesarios – Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata pero que no es una emergencia se considera un servicio urgentemente necesario si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si, dado su tiempo, lugar y circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red con los cuales el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran urgentes, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) – consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado – herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Umbral de gastos de bolsillo – el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Relaciones con el miembro de Jefferson Health Plans Elite

Method	Relaciones con el miembro – información de contacto
Llame al	1-866-901-8000 Las llamadas a este número estan gratuita. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre Relaciones con el miembro 1-866-901-8000 (los usuarios de TTY llaman a 1-877-454-8477) también ofrece un servicio gratuito de interpretación disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-454-8477 Las llamadas a este número son gratis. Puede llamar de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 ías a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Escriba a	Attn: Relaciones con el miembro Jefferson Health Plans 1101 Market Street, Suite 3000 Philadelphia, PA 19107
Sitio Web	www.JeffersonHealthPlans.com/medicare

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (New Jersey SHIP)

Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Method	Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico – 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.
Escriba a	New Jersey Department of Human Services P.O. Box 715 Trenton, NJ 08625-0715
Sitio Web	https://www.nj.gov/humanservices/doas/services/q-z/ship/

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA) *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*