EVIDENCIA DE COBERTURA

2019

Alignment Health Plan
My Choice (HMO) 001

Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino

ALIGNMENT HEALTH PLAN

H3815_19044EN_C_SP

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO).

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos con receta que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Alignment Health Plan My Choice (HMO), es ofrecido por Alignment Health Plan. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Alignment Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Alignment Health Plan My Choice (HMO)).

Alignment Health Plan My Choice (HMO) es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO) depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-866-634-2247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Services number at 1-877-399-2247 for additional information. (TTY users should call 711.) From 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.

Si quisiera recibir esta *Evidencia de cobertura* en un formato alternativo (por ejemplo, braille o letra grande), comuníquese con Servicios para los Miembros llamando al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2020.

El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H3815_19044SP_C

Evidencia de cobertura de 2019

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 6

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 25

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Alignment Health Plan My Choice (HMO)) y con otras organizaciones, incluido Medicare, el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta y la Junta de Jubilación para Ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 44

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 62

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D..... 105

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los

medicamentos con receta. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D 133

Explica las tres (3) etapas de cobertura para los medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los seis (6) niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 154

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 162

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 180

Describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos con receta que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos con receta, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También explica cómo presentar una queja respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 242

Describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, detalla las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 252

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 261

Explica los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 8
Sección 1.1 Usted está inscrito en Alignment Health Plan My Choice (HMO), que es una HMO de Medicare 8
Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? 8
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 9

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 9
Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad 9
Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? 10
Sección 2.3 Área del servicio del plan para Alignment Health Plan My Choice (HMO) 10
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal 10

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? 11
Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos 11
Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan 11
Sección 3.3 *Directorio de farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red 12
Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan 13
Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Alignment Health Plan My Choice (HMO) 14
Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? 14

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 14
Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? 14
Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? 15
Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa 16
Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? 17

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos? 17
Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D? 17
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 18
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 18

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 18
Sección 7.1 Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias maneras de hacerlo 19
Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 20

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 21
Sección 8.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted 21

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal 22
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 22

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 22
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 22

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Alignment Health Plan My Choice (HMO), que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Alignment Health Plan My Choice (HMO).

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Alignment Health Plan My Choice (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener la cobertura de la atención médica y los medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y a los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO).

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros de nuestro plan (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Alignment Health Plan My Choice (HMO) 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 Alignment Health Plan My Choice (HMO) desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Alignment Health Plan My Choice (HMO) después del 31 de diciembre de 2019. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar todos los años Alignment Health Plan My Choice (HMO). 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 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- *Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).*
- *Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).*
- *Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente a los Estados Unidos.*
- *No padezca enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la ESRD se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.*

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes internados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes externos) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]).

Sección 2.3 Área del servicio del plan para Alignment Health Plan My Choice (HMO)

Aunque Medicare es un programa federal, Alignment Health Plan My Choice (HMO) 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 el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Los Ángeles, Orange, San Bernardino y Riverside.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

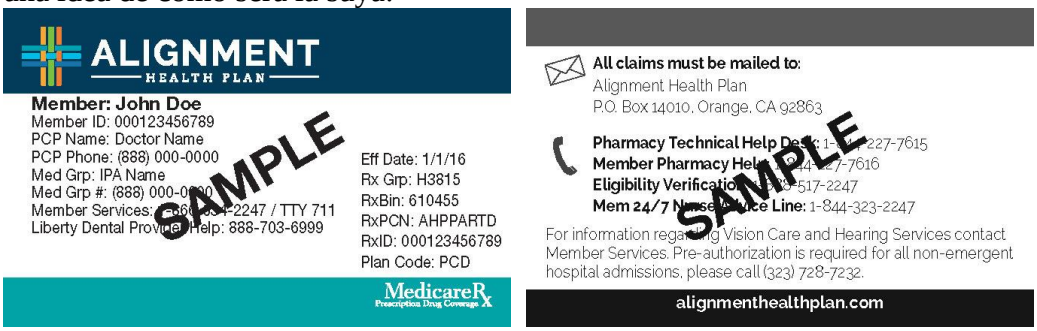
Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Alignment Health Plan My Choice (HMO) si no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Alignment Health Plan My Choice (HMO) debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos con receta y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de un hospicio). Se le puede pedir que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si, mientras sea miembro del plan, utiliza los servicios cubiertos con la nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO), usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los Miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de la red de servicios.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos acordado con

estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más actualizada de proveedores está disponible en nuestro sitio web alignmenthealthplan.com.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de atención de urgencia cuando la red de servicios no esté disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Alignment Health Plan My Choice (HMO) autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). En Servicios para los Miembros, puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede ver el *Directorio de proveedores* en alignmenthealthplan.com o descargarlo de este sitio web. Tanto el Servicio para los Miembros como la página web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

Sección 3.3 *Directorio de farmacias*: su guía para conocer las farmacias de nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web alignmenthealthplan.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Puede llamar a Servicios para los Miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en alignmenthealthplan.com.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Alignment Health Plan My Choice (HMO). El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Alignment Health Plan My Choice (HMO).

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (alignmenthealthplan.com) o llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Sección 3.5 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos con receta de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D, le enviaremos un informe que lo ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos con receta de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o "EOB de la Parte D").

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos con receta de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos con receta de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Alignment Health Plan My Choice (HMO)

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

No es necesario que pague por separado una prima mensual para Alignment Health Plan My Choice (HMO). Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. A continuación, se describe dicho caso.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos con receta "acreditable". ("Acreditable" significa que la cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para esos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El monto de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. La Sección 5 del Capítulo 1 explica la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

"Cobertura para medicamentos con receta acreditable" 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 para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta 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 Alignment Health Plan My Choice (HMO), le informaremos el monto de la multa. La multa por inscripción tardía de la Parte D se considera la prima de su plan. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder los beneficios de medicamentos con receta.

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos con receta, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2019, el monto promedio de la prima es de $33.19.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y, luego, redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % multiplicado por $33.19, lo que equivale a $4.6466. Y se redondea a $4.65. Este monto se agregaría a la **prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los

que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse tarde y no tiene que pagar la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, algunas veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Medicare le llama a esto "**cobertura para medicamentos acreditable**"**.** Tenga en cuenta lo siguiente:
    - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
        - Tenga en cuenta lo siguiente: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos con receta era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
    - Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
    - Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable, consulte su manual *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar la revisión de la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **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. Si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede comunicarse con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Importante: no deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto de la Parte D adicional por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso personal (o el de las personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) es de $85,000 o más, o de $170,000 o más para las parejas casadas, usted debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (Modified Adjusted Gross Income, MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que quizás deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo en pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si por ley usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como "monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso" (Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA). Si su ingreso personal (o el de las personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) es de $85,000 o más, o de $170,000 o más para las parejas casadas, **usted debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar https://www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El documento denominado *Medicare & You 2019 (Medicare y Usted 2019)* incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada "2019 Medicare Costs" (Costos de Medicare

de 2019). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben todos los años, en otoño, una copia del documento *Medicare & You (Medicare y Usted).* Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2019 (Medicare y Usted 2019)* del sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias maneras de hacerlo

Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen dos (2) maneras de hacerlo. Puede pagar con cheque (opción 1) o con su cheque del Seguro Social (opción 2). Si elige la opción 2 o si desea cambiar su selección en cualquier momento, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros.

Si decide cambiar la forma de pagar 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 la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Le enviaremos un aviso para informarle el monto mensual de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Puede enviarnos por correo su cheque para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D directamente a nosotros. Debemos recibir su cheque a nombre de “Alignment Health Plan” el último día del mes anterior al mes de cobertura, o antes, en la siguiente dirección:

Alignment Health Plan
P.O. Box 14010
Orange, CA 92863

Nota: no es posible realizar el pago personalmente. Si su banco no autoriza el pago, le cobraremos un cargo por transacción rechazada.

Opción 2: puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener información sobre cómo pagar la multa de esta manera. Con gusto lo ayudaremos a configurar este pago. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D dentro del plazo establecido, póngase en contacto con Servicios para los Miembros para que le recomendemos programas que lo ayuden a pagar la multa. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

Si cancelamos su membresía por falta de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted tendrá la cobertura médica de Original Medicare.

Si cancelamos su membresía en el plan porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare, usted tendrá la opción de inscribirse en un plan de medicamentos con receta independiente o en un plan de salud que también ofrezca cobertura para medicamentos. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos "acreditable", tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le indica cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-866-634-2247. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

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

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede necesitar comenzar a pagar o puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía se puede aplicar si hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo una cobertura para medicamentos con receta "acreditable"). Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.

- Si pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda adicional”), estará sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez se quedó sin cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede ayudar a asegurarnos de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria, grupo médico y asociación de médicos independientes (Independent Physician Association, IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

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, compensación laboral 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 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.

Si hay algún cambio, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud personal, consulte Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud 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 (End-Stage Renal Disease, 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 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 de pulmón negro.
- 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.

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información del seguro, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Alignment Health Plan My Choice (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros) 26**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 33**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 34**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) 35**

SECCIÓN 5 **Seguro Social 36**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) 37**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 38**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios 41**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un "seguro grupal" u otro seguro de salud de un empleador? 42**

SECCIÓN 1 Contactos de Alignment Health Plan My Choice (HMO) (cómo ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros)

Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los Miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de Alignment Health Plan My Choice (HMO). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Servicios para los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-866-634-2247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
FAX	1-323-728-1460
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Member Services Department 1100 W. Town and Country Rd. Suite 300 Orange, CA 92868
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando está solicitando una decisión de cobertura sobre atención médica

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. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura sobre atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-634-2247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
FAX	1-562-207-4628
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Utilization Management 1100 W. Town and Country Rd. Suite 1600 Orange, CA 92868
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-634-2247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
FAX	1-323-201-5690
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Member Services Department 1100 W. Town and Country Rd. Suite 300 Orange, CA 92868
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con

disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAME AL	1-866-634-2247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
FAX	1-323-201-5690
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Appeals and Grievance Department 1100 W. Town and Country Rd. Suite 300 Orange, CA 92868
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Alignment Health Plan My Choice (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta según el beneficio de la

Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-227-7616 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 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. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-800-693-6703
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

Cómo puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación sobre los 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 presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-227-7616 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
TTY	711 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. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
FAX	1-800-693-6703
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-844-227-7616 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 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. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Método	Queja sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
FAX	1-888-285-2242
ESCRIBA A	Prime Therapeutics LLC, Attention: Medicare Appeals Dept. 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Alignment Health Plan My Choice (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: 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 *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-866-634-2247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
TTY	711 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
FAX	1-323-728-1460
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Member Services Department 1100 W. Town and Country Rd. Suite 300 Orange, CA 92868
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

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

Medicare es el programa federal de seguros de salud 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.

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 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.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Medicare Eligibility Tool (Herramienta de elegibilidad de Medicare):** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare):** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier queja que tenga de Alignment Health Plan My Choice (HMO): • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre Alignment Health Plan My Choice (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados.

En California, el SHIP se llama Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

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

Los asesores del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarlo a que entienda 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. Los asesores del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) también pueden ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	**Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) de California**
LLAME AL	1-800-434-0222
ESCRIBA A	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/hicap/default.aspx

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En *California*, la Organización para la mejora de la calidad se llama *Livanta*.

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. *Livanta* es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con *Livanta*:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	***Livanta* (Organización para la mejora de la calidad de *California*)**
LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	**1-855-887-6668** **Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.**
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	http://www.livanta.com/ Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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 mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un

evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. 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 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

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.

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

- **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 costos compartidos (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 (Qualified 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, póngase en contacto con la División de Elegibilidad de Medi-Cal.

Método	División de elegibilidad de Medi-Cal (MCED) (programa Medicaid de California): información de contacto
LLAME AL	(916) 552-9200 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., salvo los días feriados estatales.
ESCRIBA A	Medi-Cal Eligibility Division P.O. Box 997417 MS 4607 Sacramento, CA 95889-7417
SITIO WEB	http://www.dhcs.ca.gov/SERVICES/MEDI-CAL

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

Programa "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que reúnen los requisitos para la "Ayuda adicional" en forma automática.

Usted puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que, cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta, está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

Alignment Health Plan My Choice (HMO) aceptará los siguientes documentos como evidencia de su nivel de copago correcto. Como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO), usted puede proporcionar estos documentos por correo o por fax, o bien puede hacerlo su farmacéutico, abogado, representante, familiar u otra persona que actúe en su nombre. Todo documento que presente debe mostrar que usted fue elegible para recibir Medicaid durante un mes, después del mes de junio del año calendario anterior:

- Una copia de la tarjeta de Medicaid del beneficiario en la que figure el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad.
- Una copia de algún documento del estado que confirme su condición activa en Medicaid.
- Una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado en el que se muestre su condición en Medicaid.
- Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado en el que se muestre su condición en Medicaid.
- Una copia de la carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) en el caso de las personas que no se consideren elegibles, pero que soliciten el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS) y que sean elegibles para dicho subsidio.
- Otro documento proporcionado por el estado en el que se muestre su condición en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.

Si no tiene ninguno de los documentos mencionados anteriormente como evidencia de elegibilidad para obtener Ayuda adicional, pero considera que reúne los requisitos, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la

farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes de medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que brindan los fabricantes no incluye ningún costo de suministro en el período sin cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la Etapa del período sin cobertura, el plan paga el 63 % del precio por los medicamentos genéricos y usted paga el 37 % restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y pasará al período sin cobertura. Además, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare está disponible en todo el país. Como Alignment Health Plan My Choice (HMO) ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura, sus costos de bolsillo, en ocasiones, serán más bajos que los costos que se describen aquí. Vaya a la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de obtener descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida a acceder a

medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el ADAP, califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta. Si usted cumple con los requisitos de elegibilidad, debe presentarse en persona en un lugar de inscripción del ADAP autorizado. Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia en el estado y condición como portador de VIH, el comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y la condición de no asegurado/con seguro insuficiente.

Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o nombre de plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a California Department of Public Health - Office of Aids al (844) 421-7050 o visite California ADAP web en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

¿Qué ocurre si recibe "**Ayuda adicional**" **de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos con receta? ¿Obtiene los descuentos?**

No. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos con receta durante la Etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá contactarnos para asegurarse de que sus registros de medicamentos con receta estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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 tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de tonos, tendrá a su disposición información grabada y servicios automatizados durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

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

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

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 46

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?..... 46

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 46

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 48

Sección 2.1 Debe elegir a un PCP para que brinde y supervise su atención médica..... 48

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado? 49

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red..... 50

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red..... 51

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 52

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica..... 52

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios 53

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre..... 54

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 55

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos..... 55

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total..... 55

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 56

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?..... 56

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa? 57

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 58

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?..... 58

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 58

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 59

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 59

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los "**proveedores**" son los médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los "**proveedores de la red**" son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. 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 que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los "**servicios cubiertos**" incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, Alignment Health Plan My Choice (HMO) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Alignment Health Plan My Choice (HMO) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "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.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se necesita autorización previa para recibir la atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un PCP para que brinde y supervise su atención médica

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

Su PCP es un proveedor que cumple los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Como se explica más abajo, recibirá atención de rutina o básica de su PCP. Su PCP le brindará la mayoría de la atención y lo ayudará a programar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan.

Esto incluye lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de proveedores que son especialistas
- Internaciones
- Atención de seguimiento

La "coordinación" de los servicios incluye verificar la atención que recibe y cómo evoluciona, o consultar con otros proveedores del plan sobre esto mismo. Si necesita ciertos tipos de productos o servicios cubiertos, debe obtener aprobación por escrito por adelantado. En algunos casos, su PCP tendrá que obtener la autorización previa (aprobación por adelantado) de Alignment Health Plan My Choice (HMO) o de su grupo médico del PCP. Debido a que su PCP le brindará y coordinará su atención médica, usted debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP.

Existen varios tipos de proveedores que pueden actuar como su PCP, por ejemplo, su médico de cabera, un generalista y un especialista en medicina interna.

¿Cómo elige al PCP?

Para ver una lista de los PCP disponibles, consulte nuestro *Directorio de proveedores* o visite nuestro sitio web alignmenthealthplan.com. Después de consultar la lista de los proveedores disponibles en su área, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). **Tenga en cuenta lo siguiente: Si no selecciona a un PCP en un plazo de 30 días desde su inscripción, Alignment Health Plan My Choice (HMO) le asignará un PCP.**

Su relación con el PCP es importante. Por ello, recomendamos encarecidamente que elija un PCP cerca de su casa. Contar con un PCP cerca hace que recibir atención médica y crear una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil. Es importante programar su primera cita de evaluación de la salud con su nuevo PCP dentro de 120 días desde la inscripción. Esto le brinda a

su PCP información de referencia para ofrecerle el tratamiento. Cada PCP del plan tiene ciertos especialistas del plan que usa para las remisiones. Esto significa que el PCP que seleccione puede determinar los especialistas a los que usted podría consultar.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Si desea cambiar de PCP dentro de su grupo médico o IPA contratados, este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si desea cambiar su PCP por uno afiliado con un grupo médico o IPA contratados diferentes, su solicitud debe recibirse antes del día 20, inclusive, del mes. El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Para cambiar de PCP, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Cuando llame, dígales a Servicios para los Miembros si está consultando con especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la autorización de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). Servicios para los Miembros ayudará a garantizar que usted pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambie de PCP. También controlarán para asegurarse de que el PCP al cual usted desea cambiar esté aceptando pacientes nuevos. Servicios para los Miembros le dirá cuándo el cambio a su nuevo PCP entrará en vigencia. También le enviarán una nueva tarjeta de miembro con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

En ocasiones, un proveedor de la red que está usando podría abandonar el plan. En este caso, tendrá que cambiar a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener ayuda para encontrar y seleccionar a otro proveedor, o bien nosotros seleccionaremos por usted a otro PCP dentro de su grupo médico o IPA contratados. Siempre puede llamarnos para cambiar su PCP si no está satisfecho con el PCP que nosotros seleccionemos por usted.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la autorización de su PCP por adelantado?

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, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no sea posible comunicarse con ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted esté temporalmente fuera del área de servicio del plan).
- 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 Servicios para los Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la contratapa de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para los Miembros).

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.

Cuando su PCP crea que usted necesita un tratamiento especializado, le otorgará una remisión (aprobación por adelantado) para que vea a un especialista del plan o algún otro proveedor. El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo.

Para algunos tipos de remisiones, su PCP necesitará nuestra aprobación por adelantado (una “autorización previa”). Es de suma importancia que obtenga una remisión (aprobación previa) de su PCP antes de que vea a un especialista del plan o algún otro proveedor. Si no obtiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.

Si el especialista quiere que usted regrese para obtener más atención, primero verifique y asegúrese de que la remisión (aprobación previa) que le dé su PCP para la primera consulta cubra más consultas al especialista.

En caso de que haya especialistas u hospitales específicos que usted desee consultar, averigüe si su PCP envía a sus pacientes a estos especialistas u hospitales. Cada PCP trabaja con ciertos especialistas y hospitales del plan cuando hace remisiones. Esto quiere decir que el PCP que usted seleccione determinará a qué especialistas y hospitales remitirlo.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero, si su médico o especialista deja de estar en el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

En este tipo de circunstancias, Alignment Health Plan My Choice (HMO) le notificará sobre esta interrupción en la participación del proveedor dentro de los 30 días calendario siguientes a que el especialista o cualquier otro proveedor de la red deje el plan. En circunstancias imprevistas, Alignment Health Plan My Choice (HMO) automáticamente le asignará un nuevo proveedor y realizará un esfuerzo de buena fe para dar aviso por escrito de la fecha de entrada en vigencia de la interrupción de la participación del proveedor dentro de un tiempo razonable después de recibir la notificación del cambio. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para los Miembros al 1-866-634-2247. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Los miembros pueden obtener servicios de un proveedor fuera de la red solo cuando los proveedores de servicios especializados no estén disponibles dentro de la red (es decir, una subespecialidad única para la que Alignment Health Plan My Choice (HMO) no tenga un proveedor contratado), o en situaciones de atención de emergencia o urgencia. Para obtener la autorización para consultar a un proveedor de servicios especializados que no está disponible en

la red, su PCP enviará una solicitud de remisión y la documentación de respaldo necesaria a su IPA/grupo médico. En el caso de necesitar servicios de emergencia o urgencia, primero, se puede brindar la atención y, luego, el proveedor puede enviar una reclamación por dichos servicios prestados junto con la documentación médica de respaldo a Alignment Health Plan My Choice (HMO).

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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 que pierda la vida, un miembro o la función del miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP.
- **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 deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para los Miembros al 1-866-634-2247. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede comunicarse con su médico llamando al número de teléfono que aparece en el anverso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. 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. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Alignment Health Plan My Choice (HMO) ofrece un beneficio complementario que cubre emergencias fuera de los Estados Unidos. **Sin embargo, nuestra cobertura de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos no incluye servicios de transporte de emergencia**. Consulte la sección "Atención de emergencia" de la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para obtener más información.

Si se presenta una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. 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 siga estando estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

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

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe intentar recibir los servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente y no sería razonable esperar para obtener la atención mediante su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Podrá recibir los servicios de atención de urgencia en los centros de atención de urgencia contratados y hospitales contratados que se incluyen en nuestro *Directorio de proveedores.* Consulte la sección "Atención de urgencia" en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios para obtener más información sobre este beneficio.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando usted está fuera del área de servicio y no puede obtener la atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios de urgencia ni ningún otro servicio que no sea de emergencia si recibe la atención fuera de los Estados Unidos. Consulte la sección "Atención de emergencia" en el Capítulo 4 de la tabla de beneficios para obtener más información sobre este beneficio.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite alignmenthealthplan.com para saber cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Alignment Health Plan My Choice (HMO) cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y los que se obtienen según las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que se paguen después de alcanzar el límite del beneficio no se tendrán en cuenta para monto máximo que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar a Servicios para los Miembros.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "ensayo clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio y si comprende *y* acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para obtener más detalles específicos sobre lo que su plan pagará.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura 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.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos 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.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: 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 nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto adeuda. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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 cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, en forma gratuita.

- 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.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 ¿Qué es 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. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

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 médico que "no estén exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran 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 para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - 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.

Se aplican límites en la cobertura para pacientes internados en un hospital de Medicare. Consulte el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios para obtener más información acerca de los límites en la cobertura para pacientes internados en un hospital de Medicare.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, 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 Alignment Health Plan My Choice (HMO), usted, por lo general, no adquirirá la posesión del equipo médico duradero alquilado independientemente de la cantidad de copagos que realice por dicho equipo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no tendrá la posesión, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por dicho artículo siendo miembro de nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, estos pagos previos tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que vuelva a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 63

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 63

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 63

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 64

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 65

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 65

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 100

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 100

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

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- Un **"copago"** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde. Si considera que se le solicita que pague de manera incorrecta, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 abajo). Este límite se denomina "el monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos".

Como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO), lo máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2019 es de $3,400.00. Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro

de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si llega al monto máximo de $3,400.00 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. 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.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces 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), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe 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. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le ha “facturado saldos”, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Alignment Health Plan My Choice (HMO) cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. 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 establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “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.
- Usted recibe atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una “remisión”. En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados en cursiva en la Tabla de beneficios médicos.

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. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2019 [Medicare y Usted 2019]*. También puede consultarlo en línea en https://www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

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 remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. La ecografía de detección por única vez también estará cubierta dentro del beneficio de examen físico anual para las personas en riesgo, cuando el médico tratante la solicite.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para esta prueba preventiva de detección.
Acupuntura y reflexología (terapias alternativas) Los miembros pueden consultar al acupunturista o reflexólogo con licencia estatal de su elección. El acupunturista o reflexólogo nos podrá facturar directamente y el plan pagará $10.00 por consulta. Si hay un saldo que supere los $10.00, usted deberá pagar el saldo restante. Si usted ya le ha pagado al proveedor del servicio, asegúrese de obtener una copia de la factura y del recibo junto con cualquier otro pago que ya haya realizado dentro de los 60 días de la fecha	Copago de $0.00 para servicios de acupuntura y reflexología. Alignment Health Plan My Choice (HMO) cubre un máximo combinado de $10.00 por consulta con un máximo de 40 consultas

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
del servicio para que podamos considerar el reembolso de dichos gastos hasta un máximo de $10.00 por consulta con un máximo de 40 consultas para un total de $400.00 por año calendario. El reembolso está sujeto a la elegibilidad del plan a la fecha del servicio.	por año calendario, para un beneficio máximo total de $400.00 por año calendario.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan. El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. • El copago se aplica si la ambulancia se envía al lugar donde usted se encuentra y se rechaza el transporte.	El copago a continuación se aplica cada vez que se solicite una ambulancia. Si fuera necesario su traslado a un centro contratado diferente para que lo internen, no se aplicará el copago. Se necesita remisión para los servicios que no sean de emergencia. Copago de $125.00 para los beneficios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. Copago de $125.00 para los beneficios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare. Se eximen si es internado.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante 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 anual de bienestar 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 anuales de bienestar después de haber tenido la	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para la consulta anual de bienestar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Parte B durante 12 meses.	
Examen físico anual Un examen realizado por un médico de atención primaria u otro médico clínico en el que se recopila información de salud y se miden los diferentes sistemas corporales a modo de lectura de referencia. Los exámenes físicos anuales incluyen un examen más amplio que el realizado en una consulta anual de bienestar. Los servicios en un examen físico anual incluirán lo siguiente: 1. Exámenes de sistemas corporales, como el corazón, los pulmones, la cabeza y el cuello, y el sistema neurológico. 2. Medición y registro de los signos vitales, como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. 3. Revisión completa de medicamentos con receta. 4. Revisión de cualquier hospitalización reciente.	Copago de $0.00
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnen los requisitos (por lo general, las personas en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye una interpretación médica de los resultados.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca *(Requiere autorización previa)* Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de $0.00 para cada: • Servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. • Servicio intensivo de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. • Servicio de rehabilitación pulmonar 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 analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo bien.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Prueba de enfermedad cardiovascular Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero o de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para la prueba de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos que cubre Medicare.
Servicios de quiropráctica *(Requiere autorización previa)* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. Los servicios de quiropráctica de rutina no constituyen un beneficio cubierto.	Copago de $0.00 para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba con guayacol de sangre oculta en heces (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT). • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT). Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia.	
Servicios odontológicos *(Requiere autorización previa para los servicios odontológicos integrales)* En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente: Hemos acordado que se proporcionen servicios odontológicos de rutina e integrales como miembro de Alignment Health Plan y se cubren solo cuando lo atiende un proveedor odontológico contratado. Se requiere autorización si un proveedor no contratado es quien proporcionará los servicios. Todos los servicios odontológicos de rutina e integrales son proporcionados directamente por el proveedor odontológico contratado de su elección dentro de su red. Ofrecemos cobertura en más de 400 procedimientos odontológicos de rutina e integrales con copagos preferidos. No solicitamos autorización previa para los servicios, salvo cuando los servicios brindados por un odontólogo o cirujano odontólogo se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, fijación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción dentaria a fin de preparar la mandíbula para radioterapia por enfermedad neoplásica, o bien servicios que podrían estar cubiertos si son proporcionados por un médico. Cuando un procedimiento se excluye de la cobertura, es posible que se le cobren los honorarios habituales y usuales del odontólogo. Los servicios odontológicos de emergencia fuera de la red incluyen lo siguiente: • Tratamiento del dolor intenso. • Inflamación. • Hemorragias. • Afecciones dentales imprevistas que, de no tratarse inmediatamente, pueden provocar discapacidad, disfunción o daños permanentes a su salud. Consulte el Directorio odontológico de Alignment Health Plan para obtener más información.	Copago de $0.00 para hasta un (1) examen bucal cada seis (6) meses (2 exámenes por año). Copago de $0.00 para hasta una (1) limpieza cada seis (6) meses (2 limpiezas por año). D1110, consulte el Directorio odontológico de Alignment Health Plan. Copago de $0.00 a $20.00 para hasta un (1) tratamiento con flúor (no barniz) cada seis (6) meses. Copago de $0.00 a $30.00 para hasta un (1) juego completo de radiografías dentales cada tres (3) años, a menos que sea médicamente necesario. Copago de $0 a $425 para los odontológicos integral beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que puede brindar tratamiento de seguimiento y remisiones.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para una consulta 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 cubrirse si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes *(Puede que se requiera autorización para los servicios no cubiertos).* *(Los suministros que no sean de rutina requieren autorización previa).* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • 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 dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que	Coseguro del 0 % para los suministros de control de la diabetes. Coseguro del 20 % para zapatos o plantillas terapéuticos. Capacitación para el autocontrol de la diabetes: copago de $0.00 para educación alimentaria/nutrición en general y evaluaciones en el hogar a cargo de un profesional de la salud calificado.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)** • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Para las personas que corren riesgo de padecer diabetes: su médico tratante indica las pruebas de glucosa en plasma en ayunas con la frecuencia que sean necesarias.	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados *(Requiere autorización previa).* (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro distribuidor 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 distribuidores está disponible en nuestro sitio web *alignmenthealthplan.com.* Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).	Coseguro del 0 % para artículos cubiertos por Medicare con un precio total de alquiler o compra de $350 o menos de la tarifa permitida por artículo de Medicare. Coseguro del 20 % para artículos cubiertos por Medicare con un precio total de alquiler o compra de $350.01 o más de la tarifa permitida por artículo de Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia/atención de posestabilización La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de 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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos 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. Cuando está de viaje fuera de los Estados Unidos y necesita servicios de atención de emergencia, presente su tarjeta de identificación de miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO). Si el proveedor no acepta su seguro, es posible que tenga que pagar los servicios de su bolsillo. Asegúrese de obtener una copia de la factura junto con la documentación de los registros médicos y el comprobante de pago para que pueda enviar la información a Alignment Health Plan My Choice (HMO) para recibir un reembolso. Alignment Health Plan My Choice (HMO) requiere que usted envíe la factura, junto con la documentación de los registros médicos y cualquier pago que ya haya realizado dentro de los 60 días de la fecha del servicio o la fecha del alta para que podamos considerar el reembolso de los gastos. **No cubrimos el transporte de emergencia fuera de los EE. UU. o sus territorios.**	Copago de $75.00 para cada consulta en la sala de emergencias que cubre Medicare. Si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas por la misma afección, se eximirá el copago por consulta en sala de emergencias. Incluye cobertura internacional. La atención de emergencia fuera de los EE. UU. se limita a $25,000.00 por año calendario, beneficio combinado con atención de urgencia. Se aplica un copago de $0.00 para la cobertura de emergencia internacional. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su situación de emergencia se estabiliza, debe regresar a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención.
Programas de educación sobre salud y bienestar *(Requiere autorización previa)* Ofrecemos los siguientes programas de salud y bienestar:	Copago de $0.00 para el programa de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación) • Programa de acondicionamiento físico • Tecnologías basadas en la web/el teléfono Alignment Health Plan My Choice (HMO) tiene un programa de acondicionamiento físico para proporcionar membresías para cientos de gimnasios que participan a nivel local. No se aplican copagos para membresías para el gimnasio. Cuando se inscriba en Alignment Health Plan My Choice (HMO), el miembro recibirá un paquete de bienvenida con una tarjeta de identificación temporaria, junto con su tarjeta de identificación de Alignment Health Plan My Choice (HMO). El gimnasio puede pedirle al miembro que firme un acuerdo de membresía sin costo alguno. Los miembros también podrán inscribirse directamente a través del sitio web del programa de acondicionamiento físico para seleccionar el club al que les gustaría asistir. Los miembros recibirán pautas para utilizar las instalaciones y los equipos. Alignment Health Plan My Choice (HMO) ofrece el beneficio de tecnologías basadas en la web/el teléfono que brindan acceso a médicos por video y teléfono para recibir diagnóstico y tratamiento.	acondicionamiento físico. Copago de $0.00 para las tecnologías basadas en la web/el teléfono.
Servicios auditivos *Se requiere autorización si otro proveedor es quien proporcionará los servicios.* Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. No se requiere autorización si a los servicios los brinda un proveedor contratado designado de Alignment Health Plan My Choice (HMO), Hearing Care Solutions, Inc.	Copago de $0.00 para los exámenes auditivos de diagnóstico que cubre Medicare. Copago de $0.00 para 1 examen auditivo de rutina por año como máximo. Copago de $0.00 para 1 colocación/evaluación de los audífonos por año.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para la prueba detección de VIH cubierta por Medicare.
Servicios de una agencia de atención médica a domicilio *(Requiere autorización previa)* 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 de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar 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. • Equipos y suministros médicos.	Copago de $0.00 para las consultas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.
Atención en un hospicio Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y de la Parte A y la Parte B

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. **Atención en un hospicio (continuación)** Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. 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 pronóstico terminal: Original Medicare (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 pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su pronóstico terminal: si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por Alignment Health Plan My Choice (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Alignment Health Plan My Choice (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B ya sea que estén, o no, relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para	relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Alignment Health Plan My Choice (HMO).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?).* **Atención en un hospicio (continuación)** **Nota:** si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Obtener atención médica que no sea de hospicio a través de los proveedores de la red reducirá su parte de los costos por el servicio. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con hospicios (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicios.	
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas antigripales una vez por año en el otoño o el invierno y vacunas adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza o la hepatitis B.
Atención hospitalaria para pacientes internados *(Requiere autorización previa)* Incluye servicios hospitalarios de cuidados 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. Tiene cobertura durante una cantidad ilimitada de días por	Copago de $50.00 por día para los días 1 a 3. Copago de $0.00 por día para los días 4 a 90. Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
internación. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). **Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)** • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados 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 por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples 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 Alignment Health Plan My Choice (HMO) 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.	se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. **Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)** • Servicios del médico. **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe emitir 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 externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes internados *(Requiere autorización previa)* Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. • Existe un límite de por vida de 190 días de hospitalización en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	Copago de $250.00 para cada hospitalización cubierta por Medicare. Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare: Copago de $120.00 por día para los días 1 a 10. Copago de $0.00 para los días 11 a 90. El plan cubre 40 días adicionales por cada período de beneficio. Copago de $0.00 para los

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
	días 91 a 130. El plan cubre 60 días de reserva de por vida. Costo por día de reserva de por vida: Días 1 a 60: copago de $0.00 por día.
Hospitalización: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta *(Requiere autorización previa)* Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	Pueden aplicarse copagos del plan; consulte la sección *"Servicios para pacientes externos"* de la Tabla de beneficios. No existen límites para el número de días cubiertos por el plan en cada período de beneficios. Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados que no pertenece al plan una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital del plan.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia médica de nutrición Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, **Terapia médica de nutrición (continuación)** cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para los beneficiarios elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del 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 mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio de MDPP.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare *(Ciertos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos al tratamiento escalonado de los requisitos de autorización previa)* La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico	El 20 % del costo para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B y el 20 % del costo para otros medicamentos cubiertos por la Parte B.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
ambulatorio. • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)** • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • 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 administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento contra el cáncer y las náuseas. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis. • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. El 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 el Capítulo 6.	
Prueba de detección de obesidad y su tratamiento para promover la pérdida de peso duradera Si tiene un índice de masa corporal mayor de 30, cubrimos el asesoramiento intenso para ayudarlo a adelgazar. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para la prueba de detección de obesidad y su

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
atención primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su proveedor de atención primaria o profesional médico para obtener más información.	tratamiento.
Otros profesionales de salud *(Requiere autorización previa)* Servicios proporcionados por profesionales que se dedican a la prestación de la atención médica y que tienen licencia, ejercen **Otros profesionales de salud (continuación)** su profesión según una licencia institucional, están bajo la supervisión de un proveedor de atención médica con licencia o tienen un certificado para ejercer, y a los cuales la Parte B de Medicare les pagará por sus servicios profesionales. Estos profesionales incluyen únicamente: enfermeros practicantes, enfermeras parteras certificadas, enfermeros anestesistas certificados matriculados, especialistas en enfermería clínica y auxiliares médicos. Los servicios facturados por el consultorio de un médico quedarán sujetos al copago aplicable. Consulte “Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico”.	Copago de $0.00 para los servicios de otros profesionales de salud.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos *(Es posible que algunos servicios requieran autorización previa)* 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 con la primera pinta de sangre que necesite. Todos	Copago de $0.00 para los servicios cubiertos por Medicare: • Procedimientos y pruebas de diagnóstico. • Servicios de laboratorio. • Servicios radiológicos de diagnóstico (p. ej., CT, MRI, etc.). Se requiere autorización previa. • Radiografías, servicios de laboratorio de diagnóstico y otros

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos (continuación)**	servicios de radiología facturados por el hospital estarán sujetos a un copago. Consulte "Servicios hospitalarios para pacientes externos". • Servicios de sangre (a partir de la primera pinta) y para el almacenamiento y la administración. Coseguro del 20 % para los servicios cubiertos por Medicare: • Servicios radiológicos terapéuticos (oncología radioterápica). Se requiere autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes externos *(Requiere autorización previa)* Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos 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 externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.	Copago de $100.00 para los servicios hospitalarios para pacientes externos que cubre Medicare. Copago de $0.00 para los servicios de observación cubiertos por Medicare. Estos servicios enumerados no se definen como servicios de diagnóstico para pacientes externos. Copago de $0.00 para cada cirugía para pacientes externos realizada en un centro quirúrgico

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos servicios preventivos y pruebas de detección. • 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 **Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)** externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Está usted internado o es un paciente externo? Si tiene Medicare, ¡consulte!). La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Para obtener más detalles acerca de los servicios en un departamento o una clínica de atención de emergencia para pacientes externos, como los servicios de observación o cirugía para pacientes externos, consulte el beneficio "Atención de emergencia" en la Tabla de beneficios.	ambulatorio.
Atención de salud mental para pacientes externos *(Requiere autorización previa)* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante,	Copago de $0.00 para cada consulta de terapia individual o grupal con un profesional de salud mental cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Los servicios psiquiátricos incluyen servicios de salud mental proporcionados por un doctor en medicina que se especializa en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de trastornos mentales. Se aplica un copago para estos tipos de servicios prestados por un psiquiatra.	Copago de $20.00 por cada consulta para terapia individual o grupal con un psiquiatra que cubre Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos *(Requiere autorización previa)* Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se brindan 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, CORF).	Copago de $0.00 para cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos *(Requiere autorización previa)* Se cubren los servicios de tratamientos de la Parte B de Medicare que se brindan en el departamento para pacientes externos de un hospital a los pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de abuso de sustancias tóxicas o que requieren tratamiento, pero no necesitan la disponibilidad ni intensidad de los servicios que se brindan solo en el entorno hospitalario para pacientes internados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que suelen aplicarse a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes externos.	Copago de $50.00 para el siguiente servicio: Consultas individuales y grupales cubiertas por Medicare para el tratamiento de pacientes externos por abuso de sustancias tóxicas.
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios	Copago de $0.00 por cada consulta al centro

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
(Requiere autorización previa) **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 emita una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".	quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Copago de $100.00 para cada cirugía cubierta por Medicare realizada en un centro hospitalario para pacientes externos.
Servicios de hospitalización parcial *(Requiere autorización previa)* La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	Copago de $55.00 para servicios de programas de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico *(Requiere autorización previa)* Salvo para la atención de emergencia, la atención de urgencia y las consultas de atención médica de rutina para las mujeres a un obstetra/ginecólogo (OB/GYN), las consultas a especialistas requieren una remisión del proveedor de atención primaria (PCP). Se recomienda programar una cita con anticipación, salvo en el caso de servicios de emergencia y servicios de urgencia fuera del área de servicio. *Nota: es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Para obtener más detalles, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los Miembros. Si no obtiene autorización, deberá afrontar costos más altos.* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes	Copago de $0.00 por cada consulta con un médico de atención primaria para los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de $0.00 para cada consulta con un médico especialista para los beneficios cubiertos por Medicare (no se incluyen quiropráctica y psiquiatría).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. **Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)** • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	
Servicios de podiatría *(Requiere autorización previa)* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • 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 que comprometen las extremidades inferiores. • No se cubre la podiatría de rutina.	Copago de $0.00 para cada consulta de podiatría médicamente necesaria cubierta por Medicare.
Prueba 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	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para el análisis anual del PSA.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Antigen, PSA).	
Dispositivos protésicos y suministros relacionados *(Requiere autorización previa)* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos **Dispositivos protésicos y suministros relacionados (continuación)** dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección).	Coseguro del 20 % para los costos de los artículos cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar *(Requiere autorización previa)* Están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de $0.00 para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 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 aplica ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos:** tener entre 55 y 77 años, y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 30 años paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)** calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba 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 una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba 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 de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la	No se aplica ningún 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
consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para evitarlas 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 2 sesiones personales súper 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 aplica ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para ETS cubierto por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades y afección renales *(Requiere autorización previa para la diálisis renal)* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar **Servicios para tratar enfermedades y afección renales (continuación)** decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de	Copago de $0.00 para cada servicio educativo sobre enfermedad renal. Copago de $30.00 para cada servicio de diálisis renal.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare".	
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) *(Requiere autorización previa)* (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF", por "Skilled Nursing Facility"). Los servicios cubiertos incluyen 100 días para cada período de beneficios; no se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: **Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)** • 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 la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La	Días 1 a 20: copago de $0.00 por día. Días 21 a 100: $30.00 por día.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite. 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 se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá 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. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Programa para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para el beneficio preventivo cubierto por Medicare para dejar de fumar y consumir tabaco.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento contra 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 tener las siguientes características: • Debe consistir de sesiones que duren entre 30 y 60 minutos, con un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Debe realizarse en un entorno hospitalario para pacientes externos o en un consultorio médico. • Debe estar a cargo de personal auxiliar calificado para garantizar que los beneficios excedan los daños y que estén capacitados en la terapia de ejercicio para la PAD. • Debe estar bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, quien debe estar capacitado tanto en las técnicas de atención de emergencia básicas como avanzadas. **Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación)** Puede cubrirse la SET después de las 36 sesiones en un período de 12 semanas durante otras 36 semanas en un período extendido si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Copago de $0.00 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Servicios de transportes *(Requiere autorización previa)* Los servicios de transporte de rutina se proporcionan desde y	Copago de $0.00 para 22 viajes de ida o vuelta como máximo hasta una

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
hacia el consultorio de su médico o especialista, laboratorio, farmacia u odontólogo dentro del área de servicio del plan sin costo alguno para usted. Su viaje debe cumplir con los requisitos de elegibilidad. Transporte "de rutina" se define como el transporte usado para citas médicas de rutina que no sean de emergencia con proveedores aprobados por el plan y que no requieren del uso de una camilla ni la necesidad de estar en posición reclinada. Las cirugías para pacientes externos/internados previamente programadas o electivas no se consideran de rutina. Los choferes de los transportes no reciben ningún tipo de capacitación médica ni están autorizados a levantar o cargar a los miembros, ya sean pacientes externos o en silla de ruedas. Todos los servicios de transporte deberán estar proporcionados por proveedores de servicio de transporte contratados por Alignment Health Plan My Choice (HMO). Los servicios de transporte (de rutina que no sean de emergencia) incluyen lo siguiente: • Transporte ambulatorio de rutina para los miembros que tienen la capacidad de viajar en un vehículo sin ayuda. (Permitimos que nuestro miembro vaya con un acompañante de 18 años de edad, como mínimo). • Transporte en silla de ruedas de rutina para miembros en una silla de ruedas de tamaño estándar que debe estar en perfectas condiciones de funcionamiento para el traslado; la ubicación inicial de partida debe tener acceso con rampa. El transporte en silla de ruedas también puede estar disponible para los miembros que usan bastón o andador y que necesitan un acceso con rampa para viajar en el vehículo con un mínimo de ayuda. **Servicios de transportes (continuación)** • Servicio de transporte puerta a puerta desde y hacia los lugares de partida y destino autorizados. El servicio de transporte deberá programarse, al menos, 2 días hábiles antes de la fecha de la cita programada para asegurar la disponibilidad. Para programar el servicio de transporte, simplemente llame a nuestra Unidad de Transporte al 1-866-327-2247, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. (excepto los días feriados).	ubicación aprobada por el plan cada año (dentro de un radio de 25 millas desde la dirección de su hogar).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Los servicios de transporte están disponibles para citas programadas con proveedores aprobados por el plan de lunes a viernes, se excluyen los días feriados, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. (puede ofrecerse un horario extendido para las citas para tratamiento de diálisis). Una vez que se haya llegado a los lugares aprobados por el plan, los proveedores de transporte esperarán al lado de la acera durante un máximo de 5 minutos. A menos que se haya acordado previamente con Alignment Health Plan My Choice (HMO), esperar más de 5 minutos puede generar un "incumplimiento por parte del miembro". Si cancela su cita, deberá notificárselo a la Unidad de Transporte de Alignment Health Plan My Choice (HMO) 24 horas antes del día del viaje programado. Si cancela su viaje en el momento en que lo pasan a buscar o el mismo día del viaje programado (menos de 24 horas) esto se considerará "incumplimiento por parte del miembro". Un "incumplimiento por parte del miembro" se considerará un viaje que correrá en su beneficio de transporte de rutina).	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos para los servicios de urgencia que se brindan fuera de la red son los mismos que para dichos servicios brindados dentro de la red. **Servicios de urgencia (continuación)** Si sale de los Estados Unidos y necesita servicios de atención de urgencia, asegúrese de presentar su tarjeta de identificación de miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO). Si el proveedor no acepta su seguro, es posible que tenga que pagar los servicios de su bolsillo. Asegúrese de obtener una copia de la factura junto con la documentación de los registros médicos y el comprobante de pago para que pueda enviar la información a Alignment Health Plan My Choice (HMO) para recibir un	Copago de $0.00 para cada consulta en un centro de atención de urgencia afiliado con un grupo médico/una IPA asignados. Copago de $10.00 para cada consulta en un centro de atención de urgencia no afiliado con un grupo médico/una IPA asignados o fuera del área de servicio. Si es ingresado en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma afección, usted paga un copago de $0.00 por la consulta de atención de

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
reembolso. Alignment Health Plan My Choice (HMO) requiere que usted envíe la factura, junto con la documentación de los registros médicos y cualquier pago que ya haya realizado dentro de los 60 días de la fecha del servicio o la fecha del alta para que podamos considerar el reembolso de los gastos. **No cubrimos el transporte de emergencia fuera de los EE. UU. o sus territorios.**	urgencia.
Atención de la vista *(No se requiere autorización previa para la atención de la vista de rutina)* *(No se requiere remisión para los exámenes de la vista de glaucoma que se realizan una vez al año y para los exámenes de la vista para detección de diabetes que se realizan una vez al año)* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare 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. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, 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. **Atención de la vista (continuación)** • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Copago de $0.00 para: 1 examen de la vista de rutina por año. 1 par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Hasta 1 par de anteojos o 1 par de lentes de contacto cada dos (2) años. Hasta 1 par de lentes cada dos (2) años. Hasta 1 montura cada dos (2) años. Límite de cobertura del plan de $75.00 cada dos (2) años para anteojos, monturas, lentes o lentes de contacto. Copago de $0.00 para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
• El par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas no se considera para el límite de cobertura de asignación del plan para anteojos. • Los servicios de atención de la vista de rutina se cubren solo cuando usted es tratado por un proveedor de la vista contratado de Alignment Health Plan My Choice (HMO), VSP Vision Care. • La asignación cubre lentes de contacto estándar, anteojos, lentes de visión simple o multifocales con línea divisoria y la montura (es decir, lentes bifocales con línea divisoria y lentes trifocales con línea divisoria). Las mejoras, incluidas, entre otras, las siguientes NO están cubiertas por medio de la asignación, pero el miembro puede adquirirlas a un costo adicional: procesos cosméticos opcionales; recubrimiento antirreflejo, espejado, de color o antirrayas; lentes combinados, cosméticos, laminados, de gran tamaño, con protección contra los rayos ultravioletas o de policarbonato; lentes fotocromáticos, lentes con tinte, salvo rosa n.º 1 y rosa n.º 2; lentes multifocales progresivos; ciertas limitaciones en la atención de baja visión; una montura que cuesta más que la asignación del plan.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
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 remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante**: cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a 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 Medicare".	No se aplica ningún coseguro, copago o deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en la siguiente tabla, excepto en los casos específicos mencionados. Esta es la única excepción: pagaremos si un servicio de la tabla a continuación se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones y limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y 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).
Habitación privada en un 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.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es aquel cuidado que se brinda en un hogar de convalecencia, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Cirugía o procedimientos cosméticos.		✓ • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo deformada. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		✓ Consulte la Sección 2 del Capítulo 4, “Servicios odontológicos” para obtener más información.
Atención odontológica que no sea de rutina.		✓ Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Entrega de comidas a domicilio.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Zapatos ortopédicos.		✓ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.
Dispositivos de apoyo para los pies.		✓ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		✓ Consulte la Sección 2 del Capítulo 4, “Servicios auditivos” para obtener más información.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas después de una cirugía de cataratas.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura.		✓ Consulte la Sección 2 del Capítulo 4, “Acupuntura y reflexología” para obtener más información.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*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.

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 108

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D 108

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D 108

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 109

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red 109

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 110

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan 111

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo 112

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan 112

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan 113

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 113

Sección 3.2 Hay seis (6) "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos 114

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 115

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 115

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? 115

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay? 116

Sección 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 117

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 118

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera 118

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 119

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? 121

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 122

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año..... 122

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando? 122

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 124

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos 124

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta 126

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro 126

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? 126

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 126

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? 126

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?..... 127

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? 128

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?..... 128

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 129

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura 129

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides 130

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos 130

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que, en la *Evidencia de cobertura*, haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique en su caso.** Le enviamos un documento 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 conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este documento, comuníquese con Servicios para los Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, Alignment Health Plan My Choice (HMO) también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*]), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Original Medicare puede cubrir sus medicamentos si se encuentra en un hospicio de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de hospicio de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?).* Para obtener más información sobre la cobertura de hospicios, consulte la sección sobre hospicio del Capítulo 4 *(Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Las siguientes secciones describen la cobertura de sus medicamentos según las normas de los beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D* en situaciones especiales, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta.

- La persona autorizada que le da la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación en los CMS que demuestre que está calificada para emitir recetas. De lo contrario, se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que la llame o la visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que a la persona autorizada que le da la receta le lleva tiempo enviar la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la* "*Lista de medicamentos*" *del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Para que los medicamentos con receta estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen un costo compartido estándar y farmacias que ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a cualquiera de estos tipos de farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos. Es posible que su costo compartido sea inferior en las farmacias con costo compartido preferido.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias,* visitar nuestro sitio web (alignmenthealthplan.com), o llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso inferiores para los medicamentos cubiertos si utiliza una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido preferido en lugar de una farmacia de la red que ofrezca un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en alignmenthealthplan.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, la cual, generalmente, es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los Miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población Indígena Urbana o Tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico).

Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

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

El servicio de pedido por correo le permite solicitar un **suministro para 100 días como máximo**.

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 21 días hábiles como máximo. Asegúrese de enviar su pedido de medicamentos con receta por lo menos tres semanas antes de que se agote su suministro actual de medicamentos. En caso de que haya una demora en el pedido por correo de sus medicamentos con receta, póngase en contacto con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros para averiguar el motivo de la demora y para obtener ayuda con las opciones disponibles para obtener sus medicamentos con receta sin ningún tipo de interrupción.

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. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le suministre el medicamento correcto (concentración, cantidad y presentación) y, si fuera necesario, le permitirá cancelar o retrasar el pedido antes de que se le facture y se le envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar qué hacer con la nueva receta y así evitar demoras en el envío.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtidos, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que crea que los medicamentos que tiene se acabarán para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda ponerse en contacto con usted y confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia las mejores maneras de comunicarse con usted. Indique en la farmacia sus preferencias de comunicación proporcionando su número de teléfono o dirección de correo electrónico.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, el costo compartido puede ser menor. El plan cuenta con 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). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas (que ofrecen costo compartido preferido) pueden llegar a aceptar el menor monto del costo compartido para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Otras, tal vez, no acepten los montos menores del costo compartido para un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En su *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
2. Puede utilizar el **servicio de pedido por correo** de la red del plan. El servicio de pedido por correo le permite solicitar un suministro para 100 días como máximo. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si no puede usar una farmacia de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en auto.
- Si intenta obtener un medicamento con receta cubierto que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red o de una farmacia de pedidos por correo

(estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos u otros medicamentos farmacéuticos especializados).

- Si está de viaje fuera del área de servicio y se le termina el suministro, se le pierde el medicamento o se enferma y necesita un medicamento cubierto.
- Si le provee un medicamento cubierto mientras está en un departamento de emergencia, en una clínica para pacientes externos, en una cirugía como paciente externo o en otro entorno como paciente externo y no puede obtener el medicamento en una farmacia de la red.
- Si se le ordena evacuar o desalojar su residencia debido a un desastre declarado por el gobierno federal u otra declaración de emergencia de salud pública y no puede obtener el medicamento cubierto en una farmacia de la red.

En estos casos, **primero consulte con Servicios para los Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

El plan cuenta con una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura,* **la denominamos la** “**Lista de medicamentos**” **para abreviarla.**

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

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *ya sea que*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado).
- *O bien,* esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX y USPDI o su sucesor. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero suele costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

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

Sección 3.2 Hay seis (6) "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 seis (6) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (copago más bajo para el miembro)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: nivel especializado

- Nivel 6: medicamentos de atención selecta (gratis con una receta de suministro por 100 días)

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

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres (3) formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (alignmenthealthplan.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

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 desarrollaron estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual lo ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su afección y sea seguro y eficaz. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el 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. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos en formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni ningún otro medicamento cubierto para tratar la misma afección, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito para obtener autorización por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado".**

Limitaciones de la cantidad de medicamento

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. 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 4.3 ¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web (alignmenthealthplan.com).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con Servicios para los Miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el 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. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos sea adecuada para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento con receta que está tomando actualmente o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando y que no está en nuestro Formulario, o bien está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. 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. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan, se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, se le puede pedir que primero pruebe un medicamento distinto para ver si funciona antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O se puede limitar la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que está cubierta durante un período en particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los seis (6) diferentes niveles de costo compartido. El monto que pague por su medicamento con receta depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- 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 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, esto es lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). De este modo, usted y su proveedor tendrán tiempo para cambiarlo por otro medicamento o presentar una solicitud para que se cubra el 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 ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 31 días en un centro de LTC y un suministro para 30 días en una farmacia minorista de la red. Si su receta está expedida para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 31 días en un centro de LTC y un suministro para 30 días en una

farmacia minorista de la red. 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 los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de LTC y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está expedida para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anteriormente mencionada.

- Puede tener cambios que lo lleven de un nivel de entorno de atención a otro. Durante este nivel de cambio de atención, pueden recetarse los medicamentos que no están cubiertos por el plan. Si esto sucede, usted y su médico deben usar el proceso de solicitud para la determinación de cobertura del plan. Para evitar un período sin atención cuando se le da de alta, puede obtener un suministro completo para pacientes externos que permitirá continuar la terapia una vez que se termine el suministro de alta limitado. Este suministro para pacientes externos está disponible antes del alta de una hospitalización de la Parte A de Medicare. Cuando se lo admite en un entorno de LTC o se le da el alta, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que recibía antes. No obstante, puede obtener un resurtido en la admisión o en el alta.

Para pedir un suministro temporal, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. 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. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un

medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Sección 5.3 ¿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 su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

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, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. También menciona los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos en nuestro Nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 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 podría hacer cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Suelen surgir medicamentos nuevos, incluidos medicamentos genéricos nuevos. Quizás el gobierno haya autorizado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y nosotros decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que está tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad para incluir cambios que se hayan realizado después de la última actualización. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted está tomando. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca)**

    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones.
    - Quizás no le avisemos por anticipado antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
    - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*
    - Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que podrá tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

    - De vez en cuando, algún medicamento puede retirarse del mercado repentinamente porque se ha descubierto que no es seguro o por algún otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
    - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.

- **Otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**

    - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas

reconocidas por Medicare. Debemos avisarle, al menos, 30 días antes o darle un suministro de 31 días en un centro de LTC y un suministro de 30 días en una farmacia minorista de la red del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

- Durante este período de 30 días, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar al medicamento a un medicamento diferente que cubramos.
- O usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).*

Cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman ese medicamento: Para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describen antes, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que esté tomando (pero no debido a un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año por cualquier cambio sobre los medicamentos.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción es la siguiente: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la

Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según 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 y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - En general, la cobertura del "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX. Para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su "uso para una indicación no autorizada".

Además, por ley, estas 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 para el tratamiento de 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 usted recibe "**Ayuda adicional**" **para pagar sus medicamentos**, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no estén 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 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento con receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 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 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su 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, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa a un centro de atención de enfermería especializada, reside en este o sale de él, tiene derecho a un Período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de la membresía en el plan,* se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

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

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá **un suministro temporal** del medicamento durante los primeros *90 días* de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días según el aumento que se entrega, o menos si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si ha estado inscrito en el plan durante más de *90 días* y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para *31 días* o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos con receta de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es "acreditable" y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**"**,** quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

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

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio deben informar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a la farmacia que surta su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D, Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), que ofrecen más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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 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 indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides con receta u otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que usted corre riesgo de usar inadecuadamente o incorrectamente sus medicamentos opioides, podemos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos. Estas limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides con receta en una farmacia.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides con receta de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones deben aplicarse a su caso, le enviaremos una carta por anticipado. La carta tendrá información que explicará las condiciones de las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. También tendrá una oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de usar incorrectamente los medicamentos con receta o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse a su caso si usted tiene determinadas afecciones, como cáncer, o si recibe atención en un hospicio o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toma. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo

una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista de medicamentos personal que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de los medicamentos antes de su consulta anual de "bienestar", para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 135

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos 135

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos 136

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento 136

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Alignment Health Plan My Choice (HMO)? 136

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 138

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" ("EOB de la Parte D") 138

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos 138

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Alignment Health Plan My Choice (HMO) 140

Sección 4.1 Usted no paga ningún deducible para sus medicamentos de la Parte D..... 140

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 140

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene 140

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento 141

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 144

Sección 5.4 Tabla que indica los costos que le corresponden a usted de un suministro *a largo plazo* (100 días) de un medicamento 145

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,820 146

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan brinda cobertura para algunos medicamentos 147

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que haya pagado de su bolsillo un total de $5,100.00 147

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta 147

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 149

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 149

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene 150

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 150

Sección 8.2 Usted puede llamar a Servicios para los Miembros antes de recibir una vacuna 152

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa “Ayuda adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que, en la *Evidencia de cobertura,* haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique en su caso.** Le enviamos un documento 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 conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este documento, comuníquese con Servicios para los Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, 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 que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, utilizamos la denominación “Lista de medicamentos”.
    - Esta Lista de medicamentos indica qué medicamentos están cubiertos para usted.

- También le indica en cuál de los *seis (6)* "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
- Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en alignmenthealthplan.com. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). El *Directorio de farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido"; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Alignment Health Plan My Choice (HMO)?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta según Alignment Health Plan My Choice (HMO). El

monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido.

Etapa 1 *Etapa del deducible anual*	**Etapa 2** *Etapa de cobertura inicial*	**Etapa 3** *Etapa del período sin cobertura*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Como no se aplica ningún deducible para el plan, esta etapa de pago no le corresponde en su caso.	Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos **y usted paga su parte del costo.** Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los $3,820. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Para los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 6, usted continúa pagando el mismo copago que pagaba en la Etapa de cobertura inicial. Para los medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5, usted paga el 25 % del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 37% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que el monto de los **"costos que paga de su bolsillo"** (sus pagos) del año hasta la fecha llegue a $5,100. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayor parte del costo** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo "**que paga de su bolsillo**"**.**
- Llevamos un registro de sus "**costos totales de medicamentos**"**.** Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior. Aquí encontrará lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 3.2 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 cuando obtenga un medicamento con receta.** Para asegurarse de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos con receta.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos con receta cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que le recomendamos darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado en 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 compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **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 y lo ayudan a calificar para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP), por el Servicio de Salud Indígena y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”) por correo, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Asegúrese de guardar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No se aplican deducibles para Alignment Health Plan My Choice (HMO)

Sección 4.1 Usted no paga ningún deducible para sus medicamentos de la Parte D.

No se aplican deducibles para Alignment Health Plan My Choice (HMO). Comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando obtiene el primer medicamento con receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

El plan tiene seis (6) niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los *seis (6)* niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (copago más bajo para el miembro)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: nivel especializado (nivel de mayor costo)
- Nivel 6: medicamentos de atención selecta (gratis con una receta de suministro por 100 días)

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 que ofrece un costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Generalmente, cubriremos sus medicamentos con receta *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Para obtener sus medicamentos con receta cubiertos, puede ir a farmacias de la red que ofrecen un costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen un costo compartido estándar. Sus costos pueden ser menores en las farmacias con un costo compartido preferido.

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

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

- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 10 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido medicamentos genéricos preferidos	Copago de $1.00	Copago de $8.00	Copago de $1.00	Copago de $1.00	Copago de $8.00
Nivel 2 de costo compartido medicamentos genéricos	Copago de $5.00	Copago de $12.00	Copago de $5.00	Copago de $5.00	Copago de $12.00
Nivel 3 de costo compartido medicamentos de marca preferidos	Copago de $30.00	Copago de $37.00	Copago de $30.00	Copago de $30.00	Copago de $37.00
Nivel 4 de costo compartido medicamentos de marca no preferidos	Copago de $75.00	Copago de $82.00	Copago de $75.00	Copago de $75.00	Copago de $82.00
Nivel 5 de costo compartido nivel	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %	Coseguro del 33 %

especializado					
Nivel 6 de costo compartido medicamentos de atención selecta	Copago de $3.00	Copago de $3.00	Copago de $3.00	Copago de $3.00	Copago de $3.00

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 de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si debe pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de que la receta sea para un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el monto que pagará será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que reciba. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es $30. Esto significa que la cantidad que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funciona para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de

diferentes medicamentos con receta para no tener que ir tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Tabla que indica los costos que le corresponden a usted de un suministro *a largo plazo* (100 días) de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento con receta. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: si los costos del medicamento cubierto son inferiores al monto de copago que figura en la tabla, usted pagará el precio que sea menor por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

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

	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro para 100 días como máximo)	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 100 días como máximo)	**Costo compartido de pedido por correo estándar** (un suministro para 100 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	(de 31 a 60 días) Copago de $2.00 (de 61 a 100 días) Copago de $3.00	(de 31 a 60 días) Copago de $9.00 (de 61 a 100 días) Copago de $10.00	(de 31 a 60 días) Copago de $2.00 (de 61 a 100 días) Copago de $2.50
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	(de 31 a 60 días) Copago de $10.00 (de 61 a 100 días) Copago de $15.00	(de 31 a 60 días) Copago de $17.00 (de 61 a 100 días) Copago de $22.00	(de 31 a 60 días) Copago de $10.00 (de 61 a 100 días) Copago de $12.50
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	(de 31 a 60 días) Copago de $60.00 (de 61 a 100 días) Copago de $90.00	(de 31 a 60 días) Copago de $67.00 (de 61 a 100 días) Copago de $97.00	(de 31 a 60 días) Copago de $60.00 (de 61 a 100 días) Copago de $75.00

Nivel 4 de costo compartido (medicamentos de marca no preferidos)	(de 31 a 60 días) Copago de $150.00 (de 61 a 100 días) Copago de $225.00	(de 31 a 60 días) Copago de $157.00 (de 61 a 100 días) Copago de $232.00	(de 31 a 60 días) Copago de $150.00 (de 61 a 100 días) Copago de $187.50
Nivel 5 de costo compartido (nivel especializado)	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.	En el caso de los medicamentos del Nivel 5, no está disponible un suministro a largo plazo.
Nivel 6 de costo compartido (medicamentos de atención selecta)	(de 31 a 60 días) Copago de $6.00 (de 61 a 100 días) Copago de $0.00	(de 31 a 60 días) Copago de $6.00 (de 61 a 100 días) Copago de $0.00	(de 31 a 60 días) Copago de $6.00 (de 61 a 100 días) Copago de $0.00

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $3,820

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido y que ha resurtido llegue al límite de **$3,820 para la Etapa de cobertura inicial**.

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que <u>usted</u> ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:
    - El total que pagó como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el <u>plan</u> ha pagado** como su parte del costo por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D, en cualquier momento en 2019, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $3,820.

Le informaremos si alcanza el monto de $3,820. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan brinda cobertura para algunos medicamentos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que haya pagado de su bolsillo un total de $5,100.00

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, para los medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 6, usted continúa pagando el mismo copago que pagaba en la Etapa de cobertura inicial.

Para los medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y pasa al período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 37 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (63 %) no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y pasará al período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 37 % de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2019, ese monto es de $5,100.00.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llegue al límite de $5,100.00 de lo que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, **puede incluir** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial.
  - La Etapa del período sin cobertura.
- Cualquier pago que haya efectuado durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el sida o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos efectuados por el programa "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $5,100.00 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que debe pagar de su bolsillo

Cuando suma los costos que paga de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos con receta:

- 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.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.

- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos efectuados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

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 Servicios para los Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

¿Cómo se puede llevar un registro total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $5,100.00 en el año, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, 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 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

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

Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $5,100.00 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:

- *O bien,* el coseguro del 5 % del costo del medicamento.
- *O bien,* $3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $8.50 para todos los demás medicamentos.

- **Nuestro plan paga el resto del costo**.

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

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan brinda cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces, se le denomina "colocación" de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

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

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces, podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos su copago normal para la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le

pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.

- Se le reembolsará el monto que el médico le cobró por colocarle la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe "Ayuda adicional", le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Usted puede llamar a Servicios para los Miembros antes de recibir una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para los Miembros cuando esté planeando vacunarse. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

- Le podemos decir cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Le podemos decir cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 155

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 155

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 158

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago 158

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 158

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 158

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 159

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 159

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 159

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

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 por nuestro plan. 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. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- 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. ("Retroactiva" 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 para que coordinemos su rembolso.

Llame a Servicios para los Miembros para obtener información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento con receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta. (Solo cubrimos los medicamentos con receta presentados en farmacias fuera de la red

en muy pocas situaciones especiales. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo 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 miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o 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 reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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 cubiertos (Formulario)* 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.
- Por ejemplo, durante un viaje en los Estados Unidos, usted solicitó atención de emergencia o de urgencia y la receta que le extendieron tenía un requisito o una restricción sin la aprobación previa de Alignment Health Plan My Choice (HMO) porque usted estaba fuera del área de servicio. Como resultado, es posible que haya tenido que pagar el costo total del medicamento.
- O bien, usted no tenía su tarjeta de identificación de miembro en el momento en que fue a la farmacia y esta no tenía forma de confirmar su elegibilidad para Alignment Health Plan My Choice (HMO). Si decidió obtener el medicamento inmediatamente, es posible que haya pagado el costo total del medicamento.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

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

Para los servicios de atención médica:
Alignment Health Plan My Choice (HMO)
Attn: Member Services Department
1100 W. Town and Country Road, Suite 300
Orange, CA 92868

Para los medicamentos con receta:
Prime Therapeutics
Part D Claims
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarlo. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

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 para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o el 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. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos).

- 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. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 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 no está de acuerdo con 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.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto *(Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).* El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una introducción que explica el proceso de decisiones y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar el medicamento **en una farmacia de la red** a un precio menor que nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** si está en la Etapa de período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de su bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** como usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarlo a reunir más rápidamente las condiciones para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 163

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.) 163

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento 164

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 164

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal 165

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 171

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 172

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado 175

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados? 175

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos 176

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 176

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 176

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

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

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablan inglés. *También contamos con materiales escritos en otros idiomas aparte del inglés.* También podemos proporcionarle información en 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 adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles al 866-646-2247.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar un reclamo ante el coordinador de Derechos Civiles al 866-646-2247. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de cobertura o en este correo, se incluye la información de contacto. También puede comunicarse con nuestros Servicios para los Miembros para obtener información adicional.

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). Our plan has people and free language interpreter services available to answer questions from our non-English speaking members. We also have materials written in other languages different than English. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats if you need it. If you are eligible for Medicare because of a disability, we are required to give you information about the plan's benefits that is accessible and appropriate for you.

If you have any trouble getting information from our plan because of problems related to language or a disability, please call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 hours a day, 7 days a week, and tell them that you want to file a complaint. TTY users should call 1-877-486-2048.

Sección 1.2 Debemos tratarlo con imparcialidad y respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. **No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, origen nacional, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a la 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.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame a Servicios para los Miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *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 Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le explica lo que puede hacer).

Sección 1.4 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza 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.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo.* El permiso por escrito puede ser dado por usted o por alguien a quien usted le 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 están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados en el 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 Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Aviso sobre prácticas de privacidad

Este aviso está vigente desde el 5 de diciembre de 2005
(Revisado 10/1/2010; 11/12/2012; 1/1/2014; 11/2016; 6/2017)

En este aviso, se describe cómo se podría usar y divulgar la información médica disponible acerca de usted, y cómo usted puede acceder a ella. Es importante que lo lea con atención.

¿Qué significa la "información de salud protegida"?

Mientras usted es miembro de Alignment Health Plan (AHP), nosotros deberemos recopilar, mantener y divulgar diferentes tipos de información sobre usted y su salud. En general, se considera información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a cualquier clase de información relacionada con su salud física o mental pasada, presente o futura que pueda identificarlo a usted individualmente. Por ejemplo, su nombre, género, fecha de nacimiento y antecedentes médicos pasados, entre otros.

La ley nos exige que protejamos la privacidad y seguridad de su PHI, y nos prohíbe divulgarla a menos que la ley lo autorice específicamente. Además, tenemos la obligación de enviarle el presente Aviso sobre prácticas de privacidad para explicarle cuáles son nuestros deberes legales y nuestras prácticas de privacidad con respecto a la PHI que recopilamos y mantenemos sobre usted. El presente Aviso sobre prácticas de privacidad (el "Aviso") también describe sus derechos con respecto a su PHI.

En caso de que realicemos modificaciones en nuestras prácticas de privacidad conforme a la ley, modificaremos el aviso de manera oportuna y le enviaremos la versión actualizada. Además, ponemos a su disposición una copia actualizada del Aviso sobre prácticas de privacidad en nuestro sitio web, www.alignmenthealthplan.com

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: este Aviso describe solamente las prácticas de privacidad de AHP. Su proveedor de atención primaria o grupo médico, y cualquier proveedor de atención especializada, hospital, farmacia u otro proveedor que le brinde tratamientos o servicios, podrían tener su propio aviso donde describan el modo en que protegen la privacidad de su PHI.

Ejemplos sobre cómo AHP usa y divulga la PHI

Información sobre usted: las siguientes categorías describen diferentes maneras en que AHP usa y divulga su PHI. Le brindamos ejemplos para determinadas categorías; sin embargo, no se enumerará cada uso o divulgación posible para cada una de ellas.

- **Tratamiento:** podemos usar su información de salud para proporcionar y coordinar los tratamientos, medicamentos y servicios que usted recibe. Por ejemplo, podemos indicar servicios de fisioterapia para mejorar su fuerza y su habilidad para caminar. Necesitaremos hablar con el fisioterapeuta para poder coordinar los servicios y elaborar un plan de atención. También es posible que necesitemos derivarlo a otro proveedor de atención médica para que reciba determinados servicios. Compartiremos información con dicho proveedor de atención médica a fin de coordinar su atención y sus servicios. También es posible que compartamos su información de salud protegida con su médico o grupo médico con fines tales como la autorización de un tipo de tratamiento en particular.
- **Pagos:** podemos usar su información de salud con varios fines vinculados con pagos. Por ejemplo, es posible que recibamos una factura que contenga información de salud protegida de un médico que le haya brindado atención médica. Si la factura nos corresponde, haremos el pago. Si la factura le corresponde a su grupo médico, le enviaremos la factura, que contiene su información de salud, al grupo médico para que realice el pago.
- **Operaciones de atención médica:** podemos usar su información de salud para llevar a cabo ciertas actividades operativas, administrativas y de control de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información de su expediente médico para supervisar el rendimiento del personal que le brinda cierto tratamiento. Esta información se usará con miras a mejorar de forma constante la calidad y efectividad de la atención médica y los servicios que prestamos. Podemos divulgar información de salud a socios comerciales si la necesitan para prestarnos un servicio, en cuyo caso acordamos cumplir con las normas específicas de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos, HIPAA) que se vinculen con la PHI.
- **Comunicaciones con familiares o amigos:** podemos usar o divulgar su PHI para dar información o ayudar a dar información a un familiar, representante personal o a otra persona que sea responsable por su atención médica o por los pagos, pero *ÚNICAMENTE* en los siguientes casos: Usted está presente y solicita o consiente la divulgación; ***O*** usted no está presente o está incapacitado física o mentalmente para responder, y creemos que la divulgación es para su beneficio. Si su solicitud es por escrito y cumple con determinados requisitos, podemos compartir su PHI directamente con el tercero que indique en la solicitud escrita.
- **Para brindarle información a usted:** podemos usar o divulgar su PHI para brindarle información a usted sobre los beneficios y servicios disponibles. Por ejemplo, podemos revisar su información de salud protegida para evaluar los tratamientos y servicios que haya recibido, y para evaluar el desempeño de nuestros médicos y demás proveedores. Podemos comunicarnos con usted para informarle las posibles opciones de tratamiento o los tratamientos alternativos, o para indicarle cómo debe manejar una afección crónica. Asimismo, podemos usar su información de salud para brindarle información sobre otros

beneficios disponibles para usted y, en algunas situaciones, sobre productos o servicios vinculados con la salud que le podrían interesar.

- **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA):** podemos divulgar a la FDA, o a personas bajo su jurisdicción, PHI vinculada con efectos adversos de medicamentos, alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de control posterior a la comercialización a los fines de retirar, reparar o reemplazar un producto.
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** si está implicado en un juicio o una disputa, podemos divulgar su PHI para dar cumplimiento con una orden judicial o administrativa. Podemos divulgar su PHI a efectos de cumplir con la ley, según lo exija la legislación o en respuesta a una citación u orden judicial.
- **Recaudación de fondos:** podemos comunicarnos con usted en el marco de una recaudación de fondos. Usted también podría negarse a recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos.
- **Institución penitenciaria:** si usted fuera interno en una institución penitenciaria, actualmente o en el futuro, podemos divulgar su PHI a la institución o a sus representantes, según sea necesario para su salud y para la salud y seguridad de terceros.
- **Por cualquier otro motivo según lo exija o lo prohíba la ley:** podemos divulgar su PHI, conforme lo autorice la ley, para realizar muchos tipos de actividades. Podemos compartir PHI a efectos de llevar a cabo actividades de supervisión de la salud. Además, podemos compartirla con autoridades sanitarias públicas a efectos de cumplir con la ley y con forenses, directores de funerarias o examinadores médicos (sobre personas fallecidas). También podemos divulgar PHI por determinados motivos a grupos de donaciones de órganos para investigación y para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. Podemos compartir PHI con fines gubernamentales especiales, en relación con las indemnizaciones por accidentes laborales o para responder a solicitudes del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y para advertirles a las autoridades correspondientes si creemos fundadamente que usted podría ser víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.
- **Requisitos específicos del estado:** en caso de que las leyes estatales fueran más rigurosas que las leyes federales de privacidad, estamos obligados a cumplir con la legislación estatal.
- **Recordatorios de citas y beneficios vinculados con la salud:** podemos usar su PHI para comunicarnos con usted y recordarle citas o brindarle información sobre otros tratamientos o beneficios vinculados con la salud que podrían interesarle.

Otros usos y divulgaciones de PHI

Con su autorización escrita: debemos contar con su autorización escrita para divulgar su información de salud protegida con cualquier fin o en cualquier situación que no se haya

indicado precedentemente (o que de otra forma autorice o exija la ley). Una vez que nos haya otorgado dicha autorización escrita, usted podrá revocarla en cualquier momento. No obstante, si ya hemos usado o divulgado su PHI conforme a su autorización, no podremos revertir ningún acto que hayamos hecho antes de su revocación. Para obtener más información sobre las autorizaciones escritas, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para los Miembros al 1-866-634-2247; TTY/TDD: 711.

Sus derechos de información de salud:

La legislación le concede ciertos derechos con respecto a la privacidad de su información de salud protegida. Se incluyen los siguientes:

- **Solicitar una restricción sobre determinados usos y divulgaciones de la PHI:** tiene derecho a solicitarnos que no divulguemos ciertas partes de su información de salud protegida. No estamos obligados a respetar dichas restricciones. No podemos consentir restricciones de usos o divulgaciones que estén exigidos por ley o que sean necesarios para administrar nuestro negocio. Si no estamos de acuerdo con los cambios que usted desea realizar, le enviaremos una carta para explicarle los motivos. Tiene derecho a solicitar que revisemos nuestra decisión si está en desacuerdo con ella.
- **Restricciones adicionales sobre los usos y las divulgaciones.** Algunas leyes estatales y federales podrían exigir ciertas protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de determinada información de salud, que incluye información sumamente confidencial sobre usted. La “información sumamente confidencial” puede comprender información confidencial conforme a leyes federales que regulan la información sobre alcoholismo y drogadicción, y la información genética, así como leyes estatales que suelen proteger las siguientes clases de información:
    1. VIH/sida;
    2. salud mental (notas de psicoterapia);
    3. análisis genéticos;
    4. alcoholismo y drogadicción;
    5. enfermedades de transmisión sexual e información de salud reproductiva;
    6. abuso o abandono de niños o adultos, que incluye la agresión sexual.
- **Inspeccionar y obtener una copia de la PHI:** en la mayoría de los casos, usted tiene derecho a acceder a la PHI que tenemos sobre usted y a solicitar una copia. Podremos cobrarle una tarifa por los costos de hacer copias, enviar por correo postal y por los suministros que sean necesarios para cumplir con su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y hacer copias en ciertas circunstancias limitadas. Si mantenemos su información en formato electrónico, de ser posible, debemos brindarle la información en el mismo formato. Si no se puede reproducir fácilmente, usted y AHP se pondrán de acuerdo sobre un formato y forma electrónica legible. Si no se llega a ningún acuerdo, le proporcionaremos una copia física.

- **Solicitar una corrección de la PHI:** si cree que la PHI que tenemos sobre usted está incompleta o es errónea, puede solicitar que la corrijamos. Para solicitar una corrección, debe incluir un motivo que justifique su solicitud. En algunos casos, podemos rechazar este tipo de solicitud.
- **Solicitar una rendición de cuentas sobre las divulgaciones de la PHI:** tiene derecho a que se le informe cuándo, a quién, por qué motivos y qué información de salud protegida sobre usted hemos divulgado, para la mayoría de los fines excepto tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Este derecho de recibir una lista (rendición de cuentas) está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.
- **Solicitar la comunicación de la PHI a través de medios alternativos o en ubicaciones alternativas:** por ejemplo, usted podría solicitar que lo contactemos solo de determinadas maneras, en una residencia diferente o en un apartado postal. En su solicitud, nos debe indicar cuándo o dónde le gustaría que nos comuniquemos con usted. AHP intentará adaptarse a todas las solicitudes razonables.
- **Obtener una copia impresa de este Aviso previa solicitud:** tiene derecho a solicitar una copia impresa o electrónica de nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad.
- **Ser informado si se produce una violación de privacidad.** Tiene derecho a que le notifiquemos sobre cualquier violación de la PHI no asegurada que se produzca, solo si usted se viera afectado.

Si tiene alguna pregunta o queja, o cree que se violaron sus derechos de privacidad

Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a nuestras prácticas de privacidad, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-634-2247; TTY/TDD: 711.

Le proporcionamos nuestra información de contacto para que pueda escribirnos o enviarnos un correo electrónico si cree que se violaron sus derechos de privacidad:

Alignment Healthcare
Attention: Privacy Officer
1100 W Town and Country Rd, Suite 1600
Orange, CA 92868

Denuncias en línea, durante las 24 horas, los 7 días de la semana: **www.reportlineweb.com/ahc**

Línea directa gratuita de Cumplimiento Normativo, durante las 24 horas, los 7 días de la semana: 844-215-2444

Cuando hace una denuncia, puede elegir si desea divulgar su identidad o denunciar de forma anónima.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR). Puede enviar su queja escrita a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D. C. 0201

Teléfono por voz (877) 696-6775

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: no tomaremos ninguna represalia en su contra si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

Sección 1.5 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Alignment Health Plan My Choice (HMO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del inglés y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones presentadas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
    - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
    - Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
    - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de farmacias*.
    - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y nuestras farmacias, llame al Departamento de Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o visite nuestro sitio web en alignmenthealthplan.com.

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
    - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
    - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
    - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
    - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
    - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D están cubiertos para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).
    - Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

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

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las 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.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre 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 propuestos son 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. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que, si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

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 así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a alguien 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.
- **Darles 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 específicos se denominan "**instrucciones anticipadas**"**.** Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados "**testamento vital**" y "**poder de representación para las decisiones de atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

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

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar instrucciones anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Completarlo y firmarlo.** 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 a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede. Le recomendamos también darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.

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

- Si usted ingresa al hospital, se 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.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa 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 se mencionan, puede presentar una queja a la siguiente dirección:

Medical Board of California,
Central Complaint Unit,
2005 Evergreen Street, Suite 1200,
Sacramento, CA 95815.

También puede llamar sin cargo al 1-800-633-2322.

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y quejas. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

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, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para abordar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-07/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá 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, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que debe seguir y lo que paga.
    - 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. Llame a Servicios para los Miembros para informarnos (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y

medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).

- **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 obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención médica le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **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:
    - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B para poder seguir siendo miembros 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. Este será un copago (un monto fijo) *o* un coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos con receta de la Parte D.
    - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
        - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

  - 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.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para los Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos con agrado cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar a Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

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

ANTECEDENTES 183

SECCIÓN 1 Introducción 183
Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 183
Sección 1.2 Acerca de los términos legales 183

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 184
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 184

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 185
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas? 185

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 186

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 186
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general 186
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación 187
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación? 188

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 188
Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 189
Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 190
Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 194
Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2 197

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 199

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 200

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 201

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 203

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 205

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 206

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 209

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 212

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 215

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 215

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 217

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 220

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?221

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 224

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF). 224

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 225

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 226

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 228

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?229

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 232

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 232

Sección 9.2 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D 234

PRESENTAR QUEJAS 235

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 235

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas? 235

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo” 237

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja 238

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad 239

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja 240

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, le recomendamos la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo 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 ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para tratar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ.**

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

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

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10,** al final de este capítulo: "**Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**".

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

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 medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2 la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Si esto sucede, se lo comunicaremos. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Nos puede llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
    - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
    - 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 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
    - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) y pida el formulario "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El 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).

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También 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 apelación de una decisión.

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

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “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 [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el programa SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para* “*los fundamentos*” *de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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

En esta sección, se describen los beneficios que tiene en cuanto a atención y servicios médicos. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones "atención, tratamiento o servicios médicos".

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.

3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.

4. Recibió y pagó atención o servicios médicos y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.

   NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:

   - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
   - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un CORF.

Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo puede solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una "**determinación de la organización**"**.**

<u>Paso 1:</u> usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "**decisión rápida de cobertura**"**.**

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una "**determinación acelerada**"**.**

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto.
- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica.*

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión.

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de recibida su solicitud.

- **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas.**
    - **No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido.* (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es sobre el pago de atención médica que ya recibió).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*

- **Si su médico le dice que su salud requiere una** "**decisión rápida de cobertura**"**, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta, se le dirá que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

***Plazos para una* "*decisión de cobertura rápida*"**

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**.
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

***Plazos para una* "*decisión de cobertura estándar*"**

- Generalmente, para una decisión estándar de cobertura, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.**
  - Podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante explica cómo presentar una apelación.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión y tal vez cambiar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una "**reconsideración**" del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida**".

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el formulario de nombramiento de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. 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.

- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
    - Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una* "*apelación rápida*" *(puede hacer una solicitud verbal llamándonos)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**reconsideración acelerada**"**.**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

***Plazos para una* "*apelación rápida*"**

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, 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 independiente. Más adelante en esta sección, describimos esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

***Plazos para una* "*apelación estándar*"**

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito.
    - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta una queja rápida, le damos respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
    - Si no le damos una respuesta para la fecha indicada (o al final de la extensión de tiempo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por

una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una** "**Organización de revisión independiente**"**.** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**"**.** A veces se la denomina la "**IRE**"**.**

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

- 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***

- Si nuestro plan le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Si se le concedió una "***apelación estándar***" ***en el Nivel 1, también se le concederá una*** "***apelación estándar***" ***en el Nivel 2***

- Si nuestro plan le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares o en el plazo de 72 horas de la fecha en que el plan recibe la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en

el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* 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 que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- 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 informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **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 presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle 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 revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor 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 con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para* "*los fundamentos*" *de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

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 como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, 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 ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta sección, se tratan solamente sus 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 externos" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario),* las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos con receta de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una "**determinación de cobertura**"**.**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como estas:
  - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
  - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor

- Nos pregunta si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos [Formulario]* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Nos pide que paguemos por un medicamento con receta que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece a continuación para ayudarlo a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	**¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la autorización del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?**	**¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya recibió y pagó?**	**¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?**
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres 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 la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, "**excepción al formulario**".

   - 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 de marca *no preferidos de Nivel 4*. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario".**

   - Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:

- *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
- *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
- *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
- *Límites de cantidades.* Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.

- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos 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 *seis (6)* niveles de 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.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel".**

- 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. Esto disminuiría la parte que paga del costo del medicamento.
    - 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 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 del Nivel 5 (medicamentos especializados).
- 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.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que necesita. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre los medicamentos con receta de la Parte D.* O, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*
- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden pedir una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifiquen que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto lo llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en nuestro formulario del plan, que están disponibles en nuestro sitio web.
- *Para presentar la solicitud de determinación de cobertura electrónicamente a través de un portal seguro del miembro en nuestro sitio web, haga clic aquí: alignmenthealthplan.com*

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación acelerada de cobertura".**

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "***decisión de cobertura rápida***"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar", a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión de cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**
    - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido.* (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
        - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una** "**decisión de cobertura rápida**"**, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
    - Si decidimos que su afección no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
    - En esta carta, se le dirá que, si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente tomar una decisión de cobertura rápida.

- En la carta, también se le explicará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se indica cómo presentar una "queja rápida", lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas de recibida la queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

***Plazos para una* "*decisión de cobertura rápida*"**

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas.**
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una* "*decisión de cobertura estándar*" *sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud de cobertura, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una "**redeterminación**" del plan.

<u>Paso 1:</u> se comunica con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una "**apelación rápida**".

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con nosotros.**
    - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestro sitio web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nuestro plan para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D*).
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D).*
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- Para presentar las solicitudes de apelación electrónicamente a través de un portal seguro del miembro, haga clic aquí: alignmenthealthplan.com.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por haber perdido el plazo límite: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
    - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para sustentar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una "**redeterminación acelerada**"**.**

Si su salud lo requiere, pídanos una "***apelación rápida***"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas 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 aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa 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 su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "***apelación rápida***"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "***apelación estándar***"

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debe solicitar una "apelación rápida".

- Si no le comunicamos nuestra decisión en el 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. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de recibida su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

<u>Paso 3:</u> si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión**

independiente revisa la decisión tomada cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**"**.** A veces se la denomina la "**IRE**"**.**

<u>Paso 1:</u> para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso.** Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

<u>Paso 2:</u> la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una* "*apelación rápida*" *en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una* "*apelación estándar*" *en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
    - **Si la Organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó:**
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
        - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).

- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y reúne los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo 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 el médico le está 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. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

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 en que se va del hospital es la "**fecha del alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

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

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado "*An Important Message from Medicare about Your Rights*" (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se las ingresa en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También puede

llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso, se explican sus derechos como paciente internado, incluidos:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no*** **significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verlo en Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida un "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más allá de la fecha prevista del alta.** (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Pida una* "*revisión rápida*"*:

- Debe pedirle a la Organización para la Mejora de la Calidad que efectúe una "**revisión rápida**" del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

<u>Paso 2:</u> la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital

y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina "**Aviso detallado del alta**"**.** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

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* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios 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. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan 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 dé su respuesta a su 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 rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora 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 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: los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una segunda revisión, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama “confirmar la decisión”.

- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de abandonar el hospital y no después de la fecha de alta prevista). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión**

independiente revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**"**.** A veces se la denomina la "**IRE**"**.**

<u>Paso 1:</u> enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

<u>Paso 2:</u> la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo 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

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente externo en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Recibirá un aviso, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
   - En el aviso por escrito, se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales

Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una "**apelación de vía rápida**"**.** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3, a continuación, le dice cómo puede solicitar una apelación de vía rápida).

El aviso por escrito se denomina "**Aviso de la no cobertura de Medicare**"**.** Para obtener una copia de muestra, puede llamar a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en Internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html.

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: 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, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de comprender y seguir los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe seguir plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). O llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la Mejora de la Calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió, se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una “apelación de vía rápida” (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación se denomina "**Explicación detallada de no cobertura**".

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán 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). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar la parte que nos corresponde de los costos de esta atención en la fecha que figura en el aviso.

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se comunica con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención 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: los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- 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 están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

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 los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina "**apelación acelerada**".

Paso 1: comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica.*
- **No se olvide de pedir una** "**revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral

para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de seguir todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una** "**Organización de revisión independiente**"**.** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe ser cambiada.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es "**Entidad de revisión independiente**"**.** A veces se la denomina la "**IRE**"**.**

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es manejada por un juez administrativo o un mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo 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. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o mediador.
    - 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 el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: el **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba, también se le

indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Niveles 3, 4, y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué 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 de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: **un juez (llamado juez administrativo) o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4: el **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye**. Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba, también se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: un juez del **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no* es la indicada. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se aplica *solo* 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.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo 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 a Servicios para los Miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?

Queja	Ejemplo
Calidad de oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar una queja. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo"

Términos legales

- En esta sección, una "**queja**" también se denomina "**reclamo**"**.**
- Otro término para "**presentar una queja**" es "**interponer un reclamo**"**.**
- Otra forma de decir "**usar el proceso para quejas**" es "**usar el proceso para interponer un reclamo**"**.**

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de una queja

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los Miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-866-634-2247. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
- **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.
- Si decide hacer esto, utilizaremos nuestro procedimiento formal para responder a los reclamos. Funciona de esta forma:
    - Si tiene una queja, usted o su representante puede interponer un reclamo. Un representante puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier que actúe en su nombre. Servicios para los Miembros puede decirle cómo nombrar a un representante.
    - El reclamo debe interponerse dentro de los 60 días siguientes al evento o incidente. Debemos atender su reclamo con la rapidez que requiera su caso en función de su estado de salud, pero sin que transcurran más de 30 días calendario desde la recepción de su queja. Podemos ampliar el plazo en hasta 14 días si solicita una prórroga, o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene.
    - En algunos casos, usted tiene derecho a solicitar un “reclamo rápido” (reclamo acelerado), lo que significa que su reclamo será atendido en 24 horas. Un reclamo acelerado puede incluir una queja relacionada con que Alignment Health Plan My Choice (HMO) se negó a acelerar una determinación de la organización respecto de “decisiones iniciales sobre la atención médica o los servicios de la Parte C” o una reconsideración de “una apelación ante el plan sobre la atención médica o los servicios de la Parte C”; se negó a acelerar una determinación de cobertura respecto de “decisiones iniciales sobre los medicamentos de la Parte D” o una redeterminación de “una apelación ante el plan sobre un medicamento de la Parte D”; o acogió una prórroga para el plazo de reconsideración o de una determinación de la organización.
- **Independientemente de si llama o escribe, debe comunicarse con Servicios para los Miembros inmediatamente.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que se quiere quejar.

- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una** "**decisión de cobertura rápida**" **o una** "**apelación rápida**"**, automáticamente le concederemos una** "**queja rápida**"**.** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, una "**queja rápida**" también se denomina "**reclamo acelerado**"**.**

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. Si su afección requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema objeto de la queja, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Usted puede realizar una queja sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja).
    - La Organización para la Mejora de la Calidad es 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.
    - Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su queja.

- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo**. Si así lo desea, puede presentarnos su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Alignment Health Plan My Choice (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su caso, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 243
Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 243

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 243
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual 243
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage 244
Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial 245
Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 246

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 247
Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan ... 247

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 248
Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan 248

SECCIÓN 5 Alignment Health Plan My Choice (HMO) tiene la obligación de cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones 249
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? 249
Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud. 250
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 250

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Alignment Health Plan My Choice (HMO) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
    - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
    - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el “Período de inscripción abierta anual”). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - **Si usted recibe** "**Ayuda adicional**" **de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

      Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. ("Acreditable" significa que la cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.
- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, tiene tiempo

hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Alignment Health Plan My Choice (HMO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov):
    - En general, cuando se muda.
    - Si tiene Medicaid/Medi-Cal.
    - 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 hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (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).
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. 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 con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos con receta o uno que no cubra medicamentos con receta).

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
  - **Si usted recibe** "**Ayuda adicional**" **de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. ("Acreditable" significa que la cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2019 (Medicare y Usted 2019).***
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You (Medicare y Usted)*. Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriben por primera vez.
  - También puede descargar una copia de este documento en el sitio web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Nos puede hacer el pedido por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura "acreditable" para medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. ("Acreditable" significa que la cobertura para medicamentos con receta que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO) cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO) cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. o **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). • Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Alignment Health Plan My Choice (HMO) se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Alignment Health Plan My Choice (HMO), es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía termine y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos con receta solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.

- **Si está internado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente 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 Alignment Health Plan My Choice (HMO) tiene la obligación de cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Alignment Health Plan My Choice (HMO) **tiene la obligación de 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 seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar a Servicios para los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (Los números de teléfono de Servicios para los Miembros figuran en la contratapa de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si nos da intencionalmente 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 con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicios para los Miembros** para obtener más información (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

Alignment Health Plan My Choice (HMO) no puede solicitarle que abandone el plan por cualquier motivo relacionado con 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, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 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. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 253

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 253

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 253

SECCIÓN 4 Notificaciones legales adicionales 253

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este 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.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley 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.

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 los reglamentos de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Alignment Health Plan My Choice (HMO), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a los reglamentos 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.

SECCIÓN 4 Notificaciones legales adicionales

Aviso adicional sobre no discriminación

Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Alignment Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Alignment Health Plan:

- Brinda asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros como, por ejemplo, lo siguiente:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-866-634-2247.

Si cree que Alignment Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra forma por cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Compliance and Regulatory Affairs
1100 W. Town and Country Rd, Suite 1600
Orange, CA 92868
Teléfono: 1-844-215-2444 (TTY: 711)
Fax: 562-207-4621
Correo electrónico: Compliance@ahcusa.com

Usted puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Asuntos Regulatorios y de Cumplimiento está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

English (inglés): ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY: 711).

繁體中文 **(chino):** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Հայերեն **(armenio):** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-866-634-2247 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ਪੰਜਾਬੀ **(punyabí):** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-866-634-2247 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (camboyano, jemer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-866-634-2247 (TTY: 711).។

Hmoob (hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-866-634-2247 (TTY: 711).

हिंदी (hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-634-2247 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย **(tailandés):** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-866-634-2247 (TTY: 711)

Tagalo (filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Tiếng Việt (vietnamita): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-634-2247 (TTY: 711).

한국어 **(coreano):** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-634-2247 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Русский (ruso): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-634-2247 (TTY: 711).

Arabic :
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل - 1-866-634-2247
برقم 1 (TTY: 711)- هاتف الصم والبكم:

日本語 **(japonés):**
注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-634-2247 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: : هب زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیالت زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید.1-866-634-2247 (TTY: 711)

Cobro de los pagos del miembro

En determinadas circunstancias, si Alignment Health Plan le paga al proveedor de salud montos que son su responsabilidad, como deducibles, copagos o coseguros, Alignment Health Plan puede cobrarle dichos montos directamente a usted. Usted está de acuerdo con que Alignment Health Plan tiene el derecho a cobrarle dichos montos.

Asignación

Cualquier intento de asignar este contrato automáticamente suspenderá todos los derechos en este contrato. Los beneficios proporcionados en esta Evidencia de cobertura son para el beneficio personal del miembro y no se pueden transferir o asignar.

Contrato completo

Esta Evidencia de cobertura, las cláusulas adicionales correspondientes y su formulario de inscripción completo constituyen el contrato completo entre las partes y, a partir de la fecha de entrada en vigencia aquí mencionada, sustituyen todos los otros acuerdos entre las partes.

Circunstancias más allá del control del plan

Si hay una emergencia general, epidemia, catástrofe u otra circunstancia fuera del control de la compañía, ni el plan ni el proveedor tendrán responsabilidad u obligación alguna, excepto lo siguiente, como resultado de una demora razonable al prestar servicios:

- Debido a la situación, es posible que usted deba obtener servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red en lugar de un proveedor de la red. Le reembolsaremos hasta el monto que se hubiera cubierto conforme a esta Evidencia de cobertura.
- Podemos requerir declaraciones escritas de usted y del personal médico que lo atendió en las que confirmen su enfermedad o lesión y la necesidad del tratamiento que recibió.

En el caso de una emergencia establecida por el presidente o el gobernador, una declaración de desastre o un anuncio de una emergencia de salud pública realizada por el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, podemos realizar las siguientes excepciones para garantizar la atención adecuada durante la emergencia:

- Aprobar que se presten servicios en centros específicos no contratados que se consideren centros certificados por Medicare.
- Reducir temporariamente el costo compartido para los servicios fuera de la red aprobados por el plan a los montos de costo compartido dentro de la red.
- No aplicar ningún requisito para una remisión de un médico de atención primaria cuando corresponda.

Por lo general, la fuente que declara el desastre indicará cuándo se termina el desastre o la emergencia. Sin embargo, si el marco temporal del desastre o la emergencia no se ha cerrado en un plazo de 30 días a partir de la declaración inicial, y si los CMS no han indicado una fecha de finalización para el desastre o la emergencia, reanudaremos las operaciones normales a los 30 días a partir de la declaración inicial.

Cuando se declara un desastre o una emergencia, es específica de una ubicación geográfica (es decir, un condado). Aplicaremos las excepciones antes mencionadas solo si usted reside en la ubicación geográfica indicada.

Información sobre instrucciones anticipadas

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Sin embargo, ¿qué sucedería si tuviera un accidente o una enfermedad tan grave que no puede tomar estas decisiones usted mismo?

Si esto sucediera, usted podría querer realizar lo siguiente:

- Puede hacerles saber a los proveedores de salud los tipos de atención médica que quisiera y no quisiera recibir si no pudiera tomar las decisiones usted mismo.
- Puede querer que una persona en particular de su confianza tome estas decisiones por usted.
- Puede optar por ambas medidas: asignar a alguien para que tome las decisiones por usted y hacerle saber a esta persona y a los proveedores de salud los tipos de atención médica que quisiera si no pudiera tomar la decisión usted mismo.

Si lo desea, puede completar un formulario especial y firmarlo que le permite a los demás saber cuál es su deseo si no puede decidir sobre su atención médica usted mismo. Este formulario es un documento legal. A veces, se lo denomina “instrucción anticipada” porque le permite dar instrucciones por adelantado sobre qué desea que suceda si, en algún momento, no pueda tomar sus propias decisiones sobre la atención médica.

Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes nombres para ellos según su estado o área local. Los documentos denominados “testamento vital” y “poder de representación para las decisiones de atención médica” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Usted decide si desea completar un formulario de instrucciones anticipadas. La ley prohíbe cualquier tipo de discriminación en su contra en cuanto a la atención médica según tenga instrucciones anticipadas o no.

¿Cómo puede usar un formulario legal para dar instrucciones anticipadas?

Si decide que quiere tener instrucciones anticipadas, existen diferentes formas para obtener este tipo de formulario legal. Puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, puede obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que les brindan a las personas información sobre Medicare, como el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP). En el Capítulo 2 de este folleto, se indica cómo puede comunicarse con su SHIP. (Los SHIP tienen diferentes nombres según en qué estado usted se encuentre).

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. Es importante que firme este formulario y conserve una copia en su hogar. Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted si usted no puede.

Le recomendamos darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia también. Si sabe por adelantado que va a ser internado, lleve una copia con usted.

Si lo hospitalizan, le pedirán sus instrucciones anticipadas.

Si usted ingresa al hospital, se 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.

Usted elige si desea firmarlo o no. Si decide que no va a firmar un formulario de instrucciones anticipadas, no se le negará la atención ni tampoco se lo discriminará en cuanto a la atención que le presten.

¿Qué sucede si los proveedores no siguen las instrucciones que les da?

Si cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud del Estado.

Continuidad y coordinación de la atención

Alignment Health Plan tiene políticas y procedimientos vigentes para promover la coordinación y la continuidad de la atención médica para nuestros miembros. Esto incluye el intercambio confidencial de información entre los médicos de atención primaria y los especialistas, así como también proveedores de salud conductual. Además, Alignment Health Plan ayuda a coordinar la atención con un profesional cuando se ha cancelado el contrato del profesional y trabaja para permitir una transición sin inconvenientes al nuevo profesional.

Subrogación y reembolso

Estas disposiciones se aplican cuando pagamos beneficios debido a lesiones o enfermedades que usted tenga y tiene derecho a la recuperación o a recibir una recuperación. Tenemos derecho a recuperar pagos que hacemos en su nombre o a tomar alguna medida legal contra la persona responsable de compensarlo a usted por sus lesiones. También tenemos derecho a que nos devuelvan cualquier compensación sobre el monto de beneficios pagados en su nombre. Se aplican los siguientes puntos:

- El monto de nuestra compensación se calculará conforme a las partes 411.37 y 422.108(f) del Título 42 del CFR; no se aplicarán las leyes estatales a nuestros derechos de subrogación y reembolso.
- Nuestros derechos de subrogación y reembolso tienen prioridad para que se paguen antes que pagar cualquier otra reclamación. Nuestros derechos de subrogación y reembolso no se verán afectados, reducidos o eliminados por la doctrina de “restitución completa” o cualquier otra doctrina equivalente.
- Debe notificarnos lo antes posible cómo, cuándo y dónde se produjo un accidente o incidente que le causó una lesión personal o enfermedad y toda la información relacionada con las partes involucradas. Debe notificarnos lo antes posible si contrató a un abogado en relación con dicho accidente o incidente. Usted y su representante legal deben colaborar con nosotros, hacer todo lo que sea necesario para permitirnos ejercer nuestros derechos y no realizar nada que perjudique nuestros derechos.

Si no nos devuelve el pago, tenemos derecho a deducirle cualquier parte no saldada del monto de beneficios que pagamos o el monto de su compensación, el que sea menor, de cualquier beneficio futuro conforme a este plan.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

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 con receta 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. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. En el Capítulo 9, se explica sobre las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía basándose en el lugar donde viven las personas. 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 puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: corresponde a los 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: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio: un auxiliar de atención de la salud a domicilio 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). Los auxiliares de atención de la salud a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

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.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

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 y que ofrece una variedad de servicios como

servicios médicos, 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

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 del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una consulta con el médico o por un medicamento con receta.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos con receta y servicios. El coseguro es, normalmente, un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Costo compartido diario: 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. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento con receta.

Costo compartido estándar: costo compartido estándar que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa el costo compartido más bajo para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. 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.

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. El costo de suministro cubre costos tales 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 hogar de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con 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 usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

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 folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen 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 persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección 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 en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado *$5,100* en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a su nombre para el año, alcance $3,820.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, 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 determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el Formulario del patrocinador de su plan (una excepción al Formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, 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 Alignment Health Plan My Choice (HMO), 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 en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos con receta. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. 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: una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, 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.

Hospicio: un miembro con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un hospicio. 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. El hospicio le proporcionará un tratamiento especial para su estado.

Hospitalización: una 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: uso del medicamento que está aprobado por la FDA y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

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 que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

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 medicamentos con receta cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

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 con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

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: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su Formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud 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). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan de costos de Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

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 está por encima de cierto límite, pagará un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso además de la prima de su plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a $85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a $170,000 deben pagar un monto superior de la prima de la Parte B de Medicare (seguro médico) y de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Este monto adicional se llama "monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso". 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 de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas y sus medicamentos con receta de la Parte A y Parte B de Medicare no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *seis (6)* 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. Consulte en la Sección 4 del Capítulo 2 la información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare ("**Medicare tradicional**" **o plan Medicare con** "**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. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y del centro de atención de enfermería especializada (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 recibido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (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 de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a Original Medicare o realizar cambios en su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta es del 1 de enero al 31 de marzo de 2019.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

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 hogar de convalecencia, 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 por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, 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.

Plan de costos de Medicare: un plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o por un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional: un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Estos centros de atención a largo plazo pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facilities, SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con retraso mental (Intermediate Care Facilities for the Mentally Retarded, ICF/MR); o centros psiquiátricos para pacientes internados. Para que un plan institucional de necesidades especiales brinde servicios a las personas con Medicare que residen en centros de atención a largo plazo, este debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente: un plan de necesidades especiales institucional en el que se pueden inscribir las personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren de un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales

puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratada, si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan de necesidades especiales: es 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 Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan 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 costos que paga 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 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, 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 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 una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan conforme a Original Medicare. 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**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan PACE: un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para personas frágiles 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, mientras obtienen los servicios de atención de alta

calidad que necesitan. 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).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuentos.

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que usted tenga la atención que necesita para mantenerse saludable. El PCP puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. 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. Para obtener información sobre los proveedores de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado 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, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: el nombre formal para "presentar una queja" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas se aplica *solo* 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. Consulte también “Reclamo” en esta lista de definiciones.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: es el término general que usamos para todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere de atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro de la red o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios en un 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 servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Servicios para los Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para los Miembros, consulte el Capítulo 2.

Subsidio por bajos ingresos (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.

Servicios para los Miembros

Método	Servicios para los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-866-634-2247 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados). Servicios para los Miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	*711* 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 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (excepto días feriados).
FAX	*1-323-728-1460*
ESCRIBA A	Alignment Health Plan Attention: Member Services Department 1100 W. Town and Country Rd. Suite 300 Orange, CA 92868
SITIO WEB	alignmenthealthplan.com

Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) (SHIP de California)

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	*1-800-434-0222*
ESCRIBA A	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/hicap/default.aspx

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (Paperwork Reduction Act, PRA) 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.*