



Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

2022 Evidencia de Cobertura

Sirviendo los condados de Apache,
Coconino, Gila, Maricopa, Mohave,
Navajo, Pinal y Yavapai.



Health
Choice

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Health Choice Pathway HMO D-SNP

En este manual, se brindan los detalles sobre la atención médica y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Health Choice Pathway HMO D-SNP, es ofrecido por Health Choice Arizona, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se utilizan los pronombres “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Health Choice Arizona, Inc. Cuando se utilizan las expresiones “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Health Choice Pathway).

Este documento está disponible gratis en español.

Para obtener más información, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros llamando al **1-800-656-8991**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos).

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

H5587_EOCSNP2022_C es

Evidencia de cobertura de 2022**Índice**

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Para obtener más ayuda sobre cómo encontrar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 5

Se explica lo que significa tener un plan de salud de Medicare y cómo usar este manual. Incluye información sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 21

Incluye información sobre cómo ponerse en contacto con nuestro plan (Health Choice Pathway) y con otras organizaciones, incluidos Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 44

Se explican temas importantes que debe conocer sobre cómo recibir atención médica siendo miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo acceder a los proveedores de la red del plan y cómo recibir atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 62

Se proporcionan detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Se indica cuánto pagará como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 118

Se explican las normas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos de la Parte D. Se describe cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Se indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Se explica la variedad de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Se especifica dónde puede surtir sus medicamentos recetados. Se informa sobre los programas del plan para la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D 143

Se informa sobre las 4 etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapas de deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de periodo sin cobertura, Etapa de cobertura catastrófica*) y sobre cómo estas etapas influyen en la suma que usted debe pagar por sus medicamentos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 160

Se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desee solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo por sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 167

Se especifican los derechos y las obligaciones que tiene como miembro de nuestro plan. Se explica lo que usted puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

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

Se explica paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones si tiene problemas para recibir atención médica o medicamentos recetados que, según su entender, están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o restricciones adicionales en su cobertura de medicamentos recetados y solicitarnos que sigamos cubriendo la atención hospitalaria y ciertos tipos de servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto.
- Se explica cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 249

Se explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en el plan.
Se describen situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 260

Se incluyen avisos sobre la legislación vigente y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 264

Se definen los términos clave utilizados en este manual.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	6
Sección 1.1	Usted está inscrito en Health Choice Pathway, que es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales)	6
Sección 1.2	¿De qué trata el manual de <i>Evidencia de cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	8
Sección 2.3	¿Qué es Medicaid?	9
Sección 2.4	Esta es el área de servicio del plan Health Choice Pathway	9
Sección 2.5	Ciudadano de los Estados Unidos o con residencia legal en los Estados Unidos	10
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?	10
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir todos los servicios de atención médica y los medicamentos recetados cubiertos.....	10
Sección 3.2	El <i>Directorio de proveedores</i> : su guía para todos los proveedores de la red del plan	11
Sección 3.3	El <i>Directorio de farmacias</i> : su guía de farmacias en nuestra red.....	12
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	13
Sección 3.5	La <i>Descripción de Beneficios de la Parte D</i> (la EOB de la Parte D): informes resumidos de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 4	Su prima mensual para Health Choice Pathway.....	14
Sección 4.1	¿Cuál es el monto de la prima de su plan?	14
Sección 4.2	Puede pagar la prima de su plan de varias maneras	15
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?.....	17
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan	17
Sección 5.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted.....	17
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	18
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida	18
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	18
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando usted cuenta con otro seguro?	18

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Health Choice Pathway, que es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales)
--------------------	---

Está cubierto por Medicare y por Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- El **Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) (Medicaid)** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a cubrir los costos médicos. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid reciben ayuda para pagar sus primas y otros costos de Medicare. Otras personas también obtienen cobertura para servicios y medicamentos adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted eligió recibir atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Health Choice Pathway.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Health Choice Pathway es un plan especializado de Medicare Advantage (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Health Choice Pathway está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia del Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) (Medicaid).

Debido a que recibe ayuda de AHCCCS (Medicaid) con sus costos compartidos de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguros), es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. También puede recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Health Choice Pathway le ayudará a administrar todos estos beneficios para que pueda recibir los servicios de atención médica y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

Health Choice Pathway es administrado por una compañía privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medicaid de Arizona (AHCCCS) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle su cobertura de atención médica de Medicare y el AHCCCS (Medicaid), incluida su cobertura de medicamentos recetados.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La **cobertura conforme a este plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

En este manual de *Evidencia de cobertura*, se explica cómo recibir atención médica y obtener medicamentos recetados de Medicare cubiertos a través de nuestro plan. En este manual, se explican sus derechos y obligaciones, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Health Choice Pathway.

Es importante que conozca cuáles son las normas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que se tome un momento para leer este manual de *Evidencia de cobertura*.

Si tiene dudas, inquietudes o preguntas, comuníquese por teléfono a Servicios de Atención para Miembros de nuestro plan (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura***Es parte de nuestro contrato con usted**

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Health Choice Pathway cubre su atención médica. En otras partes de este contrato se incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o en condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos en ocasiones se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato está vigente durante los meses en los que esté inscrito en Health Choice Pathway entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Health Choice Pathway después del 31 de diciembre de 2022. Después del 31 de diciembre de 2022, también podemos optar por dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Health Choice Pathway cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con lo siguiente:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare (en la Sección 2.2, se le informa sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.4 a continuación, se describe nuestra área de servicio).
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o reside legalmente en los Estados Unidos de América.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de AHCCCS (Medicaid). (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, usted debe ser elegible para Medicare y los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si usted pierde su elegibilidad, pero se puede esperar, razonablemente, que recupere la elegibilidad dentro de los 6 meses siguientes, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo de elegibilidad que se considera continua).

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

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

- La Parte A de Medicare generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (servicios de hospitalización para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de los demás servicios del cuidado de la salud (como servicios médicos, terapia de infusión a domicilio y otros servicios de consulta externa) y ciertos artículos (como equipos médicos duraderos [DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia con los gastos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administran su programa, siempre que sigan las pautas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Programa para Beneficiarios Especificados de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE)** (también conocido como no QMB Dual): es la persona que tiene derecho a Medicare y se determina que es elegible para los beneficios de AHCCCS (Medicaid) Acute o Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS), pero que no cumple con los criterios de ingresos para el programa QMB o el SLMB. AHCCCS (Medicaid) no cubre los costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro y el deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan Health Choice Pathway

Aunque Medicare es un programa federal, Health Choice Pathway está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se indica a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

Si planea mudarse a un nuevo estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los números de teléfono de AHCCCS (Medicaid) se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este manual.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si planea mudarse fuera del área de servicio, comuníquese por teléfono con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Cuando usted se muda, tendrá un periodo de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan médico o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.5 Ciudadano de los Estados Unidos o con residencia legal en los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Health Choice Pathway si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este criterio. Health Choice Pathway deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir todos los servicios de atención médica y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía a nuestro plan siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor de atención médica su tarjeta de AHCCCS (Medicaid). A continuación, le presentamos una tarjeta de membresía de muestra que se ve como la suya:

 		 		HealthChoicePathway.com Member Services: 1-800-656-8991, TTY 711 Hours of Operation: 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: 1-877-424-5690 24/7 Nurse Advice Line: 1-855-458-0622 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620
Member: John Q Sample ID #: MZHHC1234567	RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX8748	Arizona providers send medical claims to: Health Choice Pathway (HMO D-SNP) PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033		
Health Plan Name: Health Choice Pathway (HMO D-SNP)	Health Plan Plan ID: (80840) H5587-002	Providers outside of Arizona should file all claims to the local Blue Cross and Blue Shield Plan in whose service area the member received services.		Benefits are limited to emergent care outside of Arizona.
 				

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si solo está inscrito en Health Choice Pathway, aún tendrá que usar su tarjeta de AHCCCS Complete Care (Medicaid) junto con su tarjeta Health Choice Pathway. Debe usar su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway siempre que reciba cualquier servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red.

Para los miembros que estén inscritos en Health Choice Pathway y que no estén inscritos en Health Choice Arizona para su plan AHCCCS Complete Care (Medicaid), le presentamos una tarjeta de membresía de muestra que se ve como la suya:

 		  		HealthChoicePathway.com Member Services: 1-800-656-8991, TTY 711 Hours of Operation: 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week Pharmacy Prior Auth and Appeals Fax: 1-877-424-5690 24/7 Nurse Advice Line: 1-855-458-0622 Pharmacy Help Desk: 1-866-693-4620
Member: John Q Sample HCP ID #: MZHHHC1234567 AHCCCS ID #: HCIA12345678	RxBIN: 004336 RxPCN: MEDDADV RxGRP: RX8748 Health Plan (80840) Plan ID: H5587-002	Arizona providers send medical claims to: Health Choice Pathway (HMO D-SNP) PO Box 52033 Phoenix, AZ 85072-2033 Providers outside of Arizona should file all claims to the local Blue Cross and Blue Shield Plan in whose service area the member received services.		
Health Plan Name: Health Choice Pathway (HMO D-SNP) Health Choice Arizona	Health Plan Phone #: 1-800-656-8991			
 				

NO use su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten que la muestre si necesita recibir servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación de rutina.

Esto es muy importante por los siguientes motivos: si recibe servicios cubiertos usando su tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare en lugar de usar su tarjeta de membresía de Health Choice Pathway mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el costo total usted mismo.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios de Atención para Miembros de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

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

En el *Directorio de proveedores* puede encontrar los proveedores de nuestra red. Para averiguar qué médicos están cubiertos según sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su directorio de proveedores de Health Choice Arizona u otro de AHCCCS (Medicaid). Para obtener información, puede consultar el directorio de proveedores de Health Choice Pathway en healthchoicepathway.com o llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

¿Qué son los proveedores de la red?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Hemos realizado gestiones para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en healthchoicepathway.com.

¿Por qué es necesario que sepa qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan, debe acudir a proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Health Choice Pathway autoriza el uso de proveedores fuera de la red. Para obtener información más específica sobre la cobertura de emergencia, fuera de la red y fuera del área, consulte el Capítulo 3 (*Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

También es importante saber quién es un proveedor participante de AHCCCS (Medicaid) para que se pueda coordinar la atención entre Health Choice Pathway (Medicare) y AHCCCS (Medicaid). Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Puede solicitar más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones, a Servicios de Atención para Miembros. También puede consultar el *Directorio de proveedores* en healthchoicepathway.com o descargarlo desde este sitio web. Los Servicios de Atención para Miembros y el sitio web pueden incluir la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3	El Directorio de farmacias: su guía de farmacias en nuestra red
--------------------	--

¿Qué son las farmacias de la red?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que acordaron surtir medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que conozca las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Disponemos de un *Directorio de farmacias* actualizado en nuestro sitio web healthchoicepathway.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias de 2022 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Puede llamar en cualquier momento a Servicios de Atención para Miembros para obtener información actualizada sobre cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web healthchoicepathway.com.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Su forma abreviada es la “Lista de medicamentos”. En esta lista, se indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Health Choice Pathway. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). En la Lista de medicamentos se indica cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos por AHCCCS (Medicaid).

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Health Choice Pathway.

En la Lista de medicamentos también se informa si existen normas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Recibirá una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (healthchoicepathway.com) o llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 3.5 La Descripción de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D): informes resumidos de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y realizar un seguimiento de los pagos de sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Descripción de Beneficios de la Parte D* (o la EOB de la Parte D).

En la *Descripción de Beneficios de la Parte D* se informa el monto total que usted, otras personas en su nombre y nosotros gastamos en sus medicamentos recetados de la Parte D, y el monto total pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante cada mes en que se utilice el beneficio de la Parte D. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con estas opciones de menor costo con el médico recetador. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se brinda más información sobre la *Descripción de Beneficios* y cómo puede ayudarle a realizar un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

La *Descripción de Beneficios de la Parte D* también está disponible previa solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Health Choice Pathway

Sección 4.1 ¿Cuál es el monto de la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2022, la prima mensual de Health Choice Pathway es de \$0 o \$40.00. Es posible que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted.

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

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

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque no mantuvieron su cobertura durante un periodo consecutivo de 63 días o más cuando no tenían cobertura de medicamentos recetados válida. (“Válida” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
 - Si pierde la Ayuda Adicional, estaría sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se quedó sin cobertura válida de medicamentos recetados de la Parte D durante 63 días o más consecutivos.
 - En caso de que deba pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura válida de medicamentos recetados.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA, debido a que hace 2 años tenían un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de una cierta cantidad, informado en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, para ser elegible para nuestro plan, usted debe mantener su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid) y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Health Choice Pathway, AHCCCS (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y su prima de la Parte B. Si AHCCCS (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

- Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le informará cuál será esa cantidad adicional. Si sufrió un hecho trascendental que provocó que sus ingresos bajaran, puede solicitarle al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar la cantidad adicional e incumple con dicho pago, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar el sitio web www.medicare.gov o llamar al teléfono **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O bien, puede comunicarse con el Seguro Social al teléfono **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

En su copia del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022) se proporciona información sobre estas primas en la sección denominada “Costos de Medicare para 2022”. Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual de *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022) todos los años durante el otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de registrarse por primera vez. También puede descargar una copia de *Medicare & You 2022* (Medicare y usted 2022) desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 4.2	Puede pagar la prima de su plan de varias maneras
--------------------	--

Puede pagar la prima de su plan de dos maneras.

Si decide cambiar la manera de pagar su prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en implementarse. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague de forma oportuna.

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

Opción 1: puede pagar con cheque

Puede pagar su prima con cheque. Podemos ayudarle a organizar sus pagos mediante un cronograma mensual. El cheque debe emitirse a nombre de Health Choice Pathway, no CMS o HHS, y enviarse por correo postal a: Health Choice Pathway Attn: Member Services 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios de Atención para Miembros al teléfono **1-800-656-8991 (TTY 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Uno de nuestros representantes le ayudará con esto. Debemos recibir el cheque antes del día 10 del mes.

Opción 2: el monto de la prima del plan se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social

El monto de la prima del plan se puede deducir de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios de Atención para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima mensual del plan de esta manera. Estaremos encantado de ayudarle con este trámite. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

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

La prima de su plan deberá entregarse en nuestra oficina el día 10 del mes. Si no hemos recibido su prima antes del día 10, le enviaremos un aviso en el que se le informará que su membresía en el plan finalizará si no recibimos el pago de su prima dentro de los 30 días.

Si tiene problemas para pagar su prima de forma oportuna, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros para determinar si podemos derivarlo a programas que le ayuden a pagar la prima de su plan. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

Si finalizamos su membresía porque no pagó la prima de su plan, tendrá la cobertura de salud de Original Medicare. Mientras reciba Ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados, continuará teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Si considera que finalizamos su membresía injustamente, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión a través de una queja. En la Sección 11, Capítulo 9 de este folleto se explica cómo presentar una queja. Si usted tuvo un caso de emergencia fuera de su control que fue la causa por la cual no pudo pagar sus primas durante nuestro periodo de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al teléfono **1-800-656-8991** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No podemos cambiar el monto que le cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia al año siguiente, se lo comunicaremos en el mes de septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan

Sección 5.1 Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted

El registro de su membresía contiene información sobre su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su profesional de atención primaria/grupo médico/asociación de médicos independientes (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 el registro de su membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de los costos compartidos para usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber sobre alguno de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación laboral o AHCCCS [Medicaid]).
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico.
- Fue admitido en un hogar para ancianos y convalecientes
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si alguna de esta información cambia, infórmenos llamando a los Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

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

Medicare nos exige que recopilemos su información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando cuenta con otro seguro, consulte la Sección 7 de este Capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que sea de nuestro conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no está en la lista, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte la sección 1.3 del Capítulo 8 de este manual.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted cuenta con otro seguro?

Cuando usted cuenta con otro seguro (como cobertura médica grupal del empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

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

- Si cuenta con cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare en función de la edad, una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

- o Si usted tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - o Si usted tiene más de 65 años, y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

Si cuenta con otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Es posible que deba dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de Health Choice Pathway (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios de Atención para Miembros del plan).....	22
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	30
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	32
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare).....	34
SECCIÓN 5	Seguro Social	35
SECCIÓN 6	AHCCCS (Medicaid) (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	36
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	39
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario	41
SECCIÓN 9	¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?	41
SECCIÓN 10	Puede obtener ayuda de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona	42

SECCIÓN 1 Contactos de Health Choice Pathway (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios de Atención para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios de Atención para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia relacionada con reclamos, facturación o preguntas sobre tarjetas de miembro, llame o escriba a Servicios de Atención para Miembros de Health Choice Pathway. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto de Servicios de Atención para Miembros
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días a la semana (excepto días festivos). Servicios de Atención para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días a la semana (excepto días festivos).
ESCRIBA A	Health Choice Pathway 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008 <u>HCHcomments@azblue.com</u>
SITIO WEB	<u>healthchoicepathway.com</u>

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Puede llamarnos si tiene preguntas sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura para la atención médica
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días a la semana (excepto días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días a la semana (excepto días festivos).
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Prior Authorization 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>healthchoicepathway.com</u>

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

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

Método	Información de contacto para apelaciones de atención médica
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días a la semana (excepto días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días a la semana (excepto días festivos).
FAX	1-480-760-4739
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Appeals 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>healthchoicepathway.com</u>

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no involucra disputas por pago o cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para quejas sobre atención médica
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días a la semana (excepto días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días a la semana (excepto días festivos).
FAX	1-480-760-4739
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Resolution Center 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite <u>www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</u> .

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados 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 recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días de la semana (excepto días festivos).
FAX	1-877-424-5690
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Pharmacy 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>healthchoicepathway.com</u>

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Información de contacto para apelaciones sobre medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días a la semana (excepto días festivos).
FAX	1-877-424-5690
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Pharmacy Appeals 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>healthchoicepathway.com</u>

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguna de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no involucra disputas por pago o cobertura. (Si su problema es sobre la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Información de contacto para quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos).
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días de la semana (excepto días festivos).
FAX	1-480-760-4739
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Resolution Center 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

A dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido por parte de un proveedor de servicios médicos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto para solicitud de pago
LLAME AL	1-800-656-8991 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto días festivos). Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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 siete días a la semana (excepto días festivos).
FAX	1-480-760-4708
ESCRIBA A	Health Choice Pathway Attn.: Reimbursement Services 410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008
SITIO WEB	<u>healthchoicepathway.com</u>

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

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

El organismo federal a cargo de Medicare son los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (en ocasiones denominados CMS). Este organismo tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atención durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	<u>www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le proporciona información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares para ancianos y convalecientes, médicos, agencias de atención médica en el hogar e instalaciones para diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad para Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de los posibles gastos de bolsillo para usted en diferentes planes de Medicare.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB (continuación)	También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Health Choice Pathway: • Infórmele su queja a Medicare: puede presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. Si usted no tiene una computadora, la biblioteca local o el centro para personas mayores le pueden ayudar a visitar este sitio web usando una computadora. O bien, puede llamar a Medicare y preguntar sobre la información que está buscando. Ellos encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al teléfono 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al teléfono 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (asistencia gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona).

El SHIP de Arizona es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a personas con Medicare.

Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico, y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP de Arizona también pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de planes.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov.
- Haga clic en **Forms, Help, and Resources** (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho del menú superior.
- En el menú desplegable, haga clic en **Phone Numbers & Websites** (Números de teléfono y sitios web).
- Le aparecerán muchas opciones.
 - Opción nro. 1: puede tener un **chat en directo**.
 - Opción nro. 2: puede hacer clic en alguno de los **TOPICS** (temas) del menú de la parte inferior.
 - Opción nro. 3: puede seleccionar su **STATE** (estado) en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Información de contacto para el Programa de Asistencia sobre Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona)
LLAME AL	1-800-432-4040
TTY	711 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson St (Código del sitio 950A) Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	<u>https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance</u>

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención para las personas con Medicare)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Arizona, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta, LLC.

Livanta, LLC cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Medicare paga esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Livanta, LLC es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Usted debe comunicarse con Livanta, LLC en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que ha recibido.
- Considera que su cobertura por hospitalización finalizará demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de sus servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Arizona)
LLAME AL	1-877-588-1123 De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local).
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local).
ESCRIBA A	10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	<u>https://www.livantaqio.com/en/states/arizona</u>

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene un ingreso más alto. Si recibió una carta del Seguro Social informándole que tiene que pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho trascendental en su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	<u>www.ssa.gov</u>

SECCIÓN 6 AHCCCS (Medicaid) (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los gastos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que son elegibles para la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare, y que tienen todos los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Los miembros de Health Choice Pathway deben estar inscritos tanto en Medicare como en un plan de AHCCCS (Medicaid). Los requisitos de elegibilidad se encuentran en la Sección 2 del Capítulo 1.

En Arizona, el plan de Medicaid se denomina Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS). AHCCCS (Medicaid) es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Health Choice Pathway ofrece servicios y beneficios médicos y de salud del comportamiento.

Además, hay programas que se ofrecen a través de AHCCCS (Medicaid) que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el QMB también son elegibles para los beneficios completos de AHCCCS [Medicaid] [QMB+]).
- **Programa para Beneficiarios Especificados de Medicare de Bajos Ingresos (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el SLMB también son elegibles para los beneficios completos de AHCCCS [Medicaid] [SLMB+]).
- **Doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE)** (también conocido como no QMB Dual): es la persona que tiene derecho a Medicare y se determina que es elegible para los beneficios de AHCCCS (Medicaid) Acute o Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS), pero que no cumple con los criterios de ingresos para el programa QMB o el SLMB. AHCCCS (Medicaid) no cubre los costos de las primas de Medicare. El pago de AHCCCS del coseguro y el deducible de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare es limitado.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con AHCCCS (Medicaid).

Método	Información de contacto del Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) (Programa Medicaid de Arizona)
LLAME AL	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto días festivos estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	<u>www.azahcccs.gov</u>

El Programa del Defensor del Pueblo para la Asistencia Ciudadana del Estado de Arizona ayuda a las personas inscritas en AHCCCS (Medicaid) con problemas de servicio o facturación. Ellos pueden ayudarle a presentar una queja o apelación sobre nuestro plan.

Método	Información de contacto del Programa del Defensor del Pueblo para la Asistencia Ciudadana del Estado de Arizona
LLAME AL	1-602-277-7292 Llamada gratuita fuera del condado de Maricopa: 1-800-872-2879
ESCRIBA A	Arizona Ombudsman- Citizen's Aide 7878 N. 16 th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

El Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares para ancianos y convalecientes y a resolver problemas entre estos hogares y los residentes o sus familias.

Método	Información de contacto del Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona
LLAME AL	1-602-542-6454 Agencia de Área sobre el Envejecimiento, Región Uno, Condado de Maricopa 1-602-264-2255 Consejo del norte de Arizona sobre el Envejecimiento, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500 Consejo del oeste de Arizona sobre el Envejecimiento, condados de Mohave, La Paz y Yuma 1-928-217-7114 Consejo de Pinal-Gila para personas mayores, condados de Pinal y Gila 1-520-836-2758 Organización de gobiernos del sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528 Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Navajo, Nación Navajo 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432 21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona 1-602-254-4822 Abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos estatales.
ESCRIBA A	Office of the State Long Term Care Ombudsman Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson Ave, 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	<u>https://des.az.gov/services/older-adults/long-term-care-ombudsman</u>

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa Ayuda adicional de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

Medicare proporciona Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Aquellos que califican reciben ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos por recetas médicas de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta Ayuda adicional también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Algunas personas califican automáticamente para la Ayuda adicional y no necesitan solicitarla. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para la Ayuda adicional.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números de teléfono:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al teléfono 1-800-325-0778. O
- a su oficina estatal de Medicaid (consulte la Sección 6 de este Capítulo para obtener información de contacto).

Si usted considera que ha calificado para la Ayuda adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- El beneficiario, el farmaceuta del beneficiario, defensor, representante, miembro de la familia u otra persona que tome medidas en nombre del beneficiario puede comunicarse con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). La documentación de evidencia se puede enviar por fax a **1-480-760-4635**, Attn.: Medicare Operations-Best Available Evidence, o enviarla por correo a: Health Choice Pathway, Attn.: Medicare Operations-Best Available Evidence, 410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix AZ 85008.
- Cuando recibamos la evidencia que muestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto al surtir su próxima receta en la farmacia. Si paga en exceso su copago, se lo reembolsaremos, ya sea enviándole un cheque por el monto de su pago en exceso o compensándole los copagos futuros. Si la farmacia no le cobró un copago y está contabilizando su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre,

podemos realizar el pago directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Qué pasa si usted cuenta con cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el sida (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el sida (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el sida (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/sida y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales para tratar el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados. En Arizona, el Departamento de Servicios de Salud (ADHS) administra el ADAP. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y el estado del VIH, comprobante de ingresos bajos, según lo establece el estado, y condición de no asegurado o con seguro insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su representante de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare. El número de teléfono del Departamento de Servicios de Salud (ADHS) es **1-602-364-3610** o **1-800-334-1540**.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, sobre los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al **1-602-364-3610** o al **1-800-334-1540**.

¿Qué sucede si usted recibe Ayuda adicional de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted recibe Ayuda adicional, el programa de descuentos para el periodo sin cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si usted recibe Ayuda adicional, ya tiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante el periodo sin cobertura.

¿Qué pasa si usted no obtiene un descuento y considera que debería haberlo obtenido?

Si usted considera que alcanzó el periodo sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su próximo aviso de *Descripción de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Descripción de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que los registros de sus recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si no aceptamos que se le deba un descuento, usted puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando al teléfono **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario (RRB) es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios y sus familias a nivel nacional. Si tiene preguntas sobre sus beneficios derivados de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con el organismo.

Si usted recibe su Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona 0, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona 1, puede acceder a la línea de atención automática de RRB y a la información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	<u>rrb.gov/</u>

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de salud por parte de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios de Atención para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios o primas de salud de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para obtener respuestas a preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan o sobre los periodos de inscripción para hacer un cambio.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o de grupo de jubilados, comuníquese con la persona encargada de la **administración de beneficios del grupo**. La persona encargada de la administración de beneficios del grupo le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

SECCIÓN 10 Puede obtener ayuda de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona

La Agencia de Área sobre el Envejecimiento (AAA) de Arizona es una agencia pública o sin fines de lucro que ayuda a las personas mayores de Arizona. Las AAA son elegidas por el estado para planificar y coordinar los servicios a nivel local.

Las AAA proporcionan servicios basados en el hogar y la comunidad, abogan por los adultos mayores y ofrecen información sobre programas, opciones y apoyos comunitarios.

Método	Información de contacto de la Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Arizona
LLAME AL	1-602-264-2255 (condado de Maricopa) 1-520-836-2758 o 1-800-293-9393 (condado de Pinal y Gila) 1-877-521- 3500 (condados de Apache, Navajo y Coconino) 1-928-213-5215 área local de Flagstaff 1-928-782-1886 (condado de Mohave)
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/area-agency-on-aging-locations

CAPÍTULO 3

*Usar la cobertura del plan para
sus servicios médicos y otros
servicios cubiertos*

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica y otros servicios cubiertos 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 recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan	46
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios.....	48
Sección 2.1	Debe elegir un profesional de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y supervise su salud	48
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	49
Sección 2.3	Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	50
Sección 2.4	Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red	51
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita recibir atención urgente o durante un desastre	52
Sección 3.1	Recibir atención si tiene una emergencia médica	52
Sección 3.2	Recibir atención cuando necesita servicios de urgencia	53
Sección 3.3	Recibir atención médica durante un desastre	54
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	55
Sección 4.1	Usted puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos	55
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?.....	55
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	55
Sección 5.1	¿Qué es un estudio de investigación clínica?	55
Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	56

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención médica cubierta en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	58
Sección 6.1	¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?	58
Sección 6.2	Recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	58
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero	59
Sección 7.1	¿Usted será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?	59
SECCIÓN 8	Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno	60
Sección 8.1	¿A qué beneficios relacionados con el oxígeno tiene derecho?	60
Sección 8.2	¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?	60
Sección 8.3	¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?	60

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo recibir atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para recibir atención médica y otros servicios cubiertos. Se proporcionan definiciones de términos y se explican las normas que deberá seguir para recibir los tratamientos médicos, los servicios de salud y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre la atención médica y los demás servicios que están cubiertos por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué es lo que usted debe pagar*).

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

A continuación, se incluyen algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo recibir la atención y los servicios médicos que están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su parte del costo compartido como pago total. Hemos realizado gestiones para que estos proveedores presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le proporcionan. Cuando usted realiza una visita a un proveedor de la red, no paga nada o solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se describen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para recibir atención médica y otros servicios cubiertos por el plan

Health Choice Pathway, como plan de salud de Medicare, debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios adicionales a los cubiertos por Original Medicare; consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Generalmente, Health Choice Pathway cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (esta Tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual).
- **La atención médica que recibe se considere necesaria por razones médicas.** “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema médico, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tenga un profesional de atención primaria (PCP) de la red que le proporciona atención médica y supervisa su salud.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En algunas situaciones, nuestro plan debe aprobarlo por adelantado antes de que usted pueda recurrir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica en el hogar. A esto se le llama dar una remisión. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información al respecto.
 - No es necesario que su PCP le emita una remisión para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (consulte la Sección 2.2 de este capítulo para obtener más información al respecto).
- **Deba recibir atención médica 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, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación 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 recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para recibir atención médica y otros servicios

Sección 2.1	Debe elegir un profesional de atención primaria (PCP) para que le proporcione atención médica y supervise su salud
--------------------	---

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

Un profesional de atención primaria (PCP) es un médico que cumple con los requisitos del estado de Arizona y está capacitado para brindarle atención médica básica. Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Como explicamos a continuación, usted recibirá atención básica o de rutina por parte de su PCP. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye lo siguiente:

- radiografías;
- pruebas de laboratorio;
- terapias;
- atención por parte de médicos especialistas;
- hospitalización;
- atención de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención médica. Si usted necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, es posible que deba obtener la aprobación previa de su PCP. En algunos casos, su PCP necesitará obtener nuestra autorización previa (aprobación previa).

¿Cómo elige a su PCP?

Su PCP participa en su atención médica durante mucho tiempo, por lo que es importante seleccionar a alguien con quien usted se sienta cómodo. Para seleccionar a su profesional de atención primaria, usted puede buscar en su Directorio de Proveedores o puede visitar el sitio web de Health Choice Pathway healthchoicepathway.com y dar clic en el enlace *Find a Doctor/Pharmacy* (Encuentre un médico/farmacia) en la parte superior de la página. Una vez que haya seleccionado un proveedor, llame a Servicios de Atención para Miembros de Health Choice Pathway y dígales qué proveedor eligió. Si usted no nos llama para informar sobre el médico de su elección, Health Choice Pathway le asignará un médico cuyo consultorio esté cerca de su hogar. Si en algún momento desea cambiar su PCP, llame a Servicios de Atención para Miembros e infórmeles a qué proveedor de la red de Health Choice Pathway le gustaría ver. Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos**Cambiar a su PCP**

Puede cambiar a su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que buscar un nuevo PCP. Si usted cambia a su PCP, esto puede tener como consecuencia que usted se limite a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP lo remita.

Para cambiar a su PCP, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros. Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual. Informe a los Servicios de Atención para Miembros si recibe otros servicios cubiertos que necesitan la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica en el hogar y equipo médico duradero). Los Servicios de Atención para Miembros le ayudarán a asegurarse de que pueda continuar con la atención médica especializada y otros servicios que estuvo recibiendo cuando cambió de PCP. También confirmarán si el PCP que solicitó acepta pacientes nuevos. Servicios de Atención para Miembros actualizará su registro de membresía con su PCP nuevo y le comunicará la fecha de entrada en vigencia de este. Por lo general, este cambio surte efecto inmediatamente después de recibir la solicitud.

Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que se mencionan a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos con urgencia de proveedores de la red, o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos; por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros antes de salir del área de servicio para que le podamos ayudar a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras está fuera. Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).
- Servicios de la visión y de audición cubiertos por Health Choice Pathway no proporcionados por Original Medicare.
- Los servicios de médicos especialistas, excepto el manejo del dolor, requieren aprobación previa.

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

Un especialista es un médico que proporciona servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen varios tipos de especialistas. Aquí están algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Cuando su profesional de atención primaria (PCP) recomienda un tratamiento especializado, el servicio puede requerir una autorización previa. Usted ya no necesita una autorización previa o remisión para ver a un médico especialista, excepto para el manejo del dolor. Sin embargo, es importante trabajar con su PCP para determinar el especialista adecuado que debe consultar. Usted puede seleccionar a un especialista de la red de Health Choice Pathway. Visite nuestro sitio web en healthchoicepathway.com para ver nuestro Directorio de proveedores.
- Es posible que necesite la aprobación (denominada decisión de cobertura favorable) por adelantado de Health Choice Pathway si el especialista que eligió no está en la red del plan o si su especialista solicita un procedimiento médico. A esto se le llama obtener una autorización previa. Si no tiene una autorización previa antes de consultar a un especialista fuera de la red, es posible que deba pagar estos servicios médicos usted mismo. Su proveedor se encargará de enviar una solicitud de autorización previa a nuestro plan para su revisión y aprobación.
- La revisión de esta solicitud puede demorar algunos días hábiles. El consultorio de su PCP o el Proveedor le informarán si se aprueba su solicitud de autorización previa. Si se rechaza la solicitud de su médico, nuestro plan se lo comunicará por correo y le informará sobre sus derechos de apelación.
- Consulte la Tabla de Beneficios que se encuentra en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para las cuestiones que requieren autorización previa.
- El Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya tomamos.
- Si usted cambia a su PCP, esto puede tener como consecuencia que usted se limite a especialistas u hospitales específicos a los que el PCP lo remita.

¿Qué sucede si un especialista o algún otro proveedor de la red abandona nuestro plan?

Podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede modificarse en el transcurso del año, Medicare nos exige que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Intentaremos, de buena fe, notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retirará del plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si le están realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento necesario por razones médicas que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si considera que no hemos puesto a su disposición un proveedor calificado en reemplazo del proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Comuníquese con Servicios de Atención para Miembros si necesita ayuda con la transición de su atención médica o si tiene preguntas o dudas sobre sus proveedores. Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual. La lista más actualizada de proveedores también se puede encontrar en el sitio web de nuestro plan:

healthchoicepathway.com.

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

Debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta.

Aquí hay tres excepciones:

- El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare o AHCCCS (Medicaid) requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindarla, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Se requiere autorización (llamada *decisión de cobertura*) para

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

proveedores fuera de la red; usted o su proveedor deben obtener esta autorización antes de recibir los servicios. En este caso, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención médica de un proveedor de la red. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) para obtener información sobre qué hacer si desea obtener una autorización (una decisión de cobertura) de nuestra parte.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita recibir atención urgente o durante un desastre

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona con criterio prudente y con conocimiento promedio de salud y medicina, cree que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente.

En caso de tener una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que primero obtenga una aprobación o una remisión de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. La información de contacto de Health Choice Pathway se encuentra en la contraportada de este manual y también en la contraportada de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué está cubierto en caso de tener una emergencia médica?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Usted no está cubierto fuera de los Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de este manual.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

En caso de que tenga una emergencia, hablaremos con los médicos que le proporcionan atención de emergencia para ayudar a administrar y dar seguimiento a su atención. Los médicos que le proporcionan atención de emergencia decidirán cuándo su problema médico es estable y la emergencia médica ha terminado.

Una vez que haya pasado la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe estable. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si su atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, intentaremos hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su problema médico y las circunstancias lo permitan.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted puede acudir para recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya dicho 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 recibir atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera como servicios requeridos urgentemente y usted sigue las normas para recibir esta atención médica de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Recibir atención cuando necesita servicios de urgencia
--------------------	---

¿Qué son los servicios requeridos urgentemente?

Los “servicios requeridos urgentemente” son enfermedades, lesiones o problemas médicos imprevistos que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos. El problema médico imprevisto podría ser, por ejemplo, el rebrote imprevisto de un problema médico conocido que usted tiene.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando necesita recibir atención de urgencia?

Siempre debe intentar recibir los servicios requeridos urgentemente por parte de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o si no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios requeridos urgentemente que reciba por parte de un proveedor fuera de la red.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Los servicios requeridos urgentemente son enfermedades, lesiones o problemas médicos imprevistos que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos. El problema médico imprevisto podría ser, por ejemplo, el rebrote imprevisto de un problema médico conocido que usted tiene.

Siempre debe intentar recibir los servicios requeridos urgentemente por parte de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o si no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios requeridos urgentemente que reciba por parte de un proveedor fuera de la red.

Cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, se puede acceder a la atención de urgencia utilizando cualquier centro de atención médica de urgencia disponible.

Para ubicar un centro de atención médica de urgencia que esté cerca de su domicilio, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros. El número telefónico se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro y también en la contraportada de este manual.

También puede llamar a la Línea de orientación de enfermería al teléfono **1-855-458-0622**, disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita recibir atención de urgencia?

Cuando se encuentra fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba por parte de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe atención médica fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

Sección 3.3	Recibir atención médica durante un desastre
--------------------	--

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

Visite el siguiente sitio web **healthchoicepathway.com** para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Por lo general, si no puede acudir con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención médica de proveedores fuera de la red con costos compartidos similares a los de proveedores dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios cubiertos?

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

Si usted pagó más de lo que le correspondía 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 nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?
--------------------	--

Health Choice Pathway cubre todos los servicios médicos que son necesarios por razones médicas; estos servicios se mencionan en la Tabla de beneficios médicos del plan (esta Tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este manual) y se obtienen de conformidad con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por nuestro plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué hacer si desea que tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede comunicarse con Servicios de Atención para Miembros para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Puede comunicarse con Servicios de Atención para Miembros cuando desee saber cuánto de su límite de beneficio ya utilizó.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus 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 llamado ensayo clínico) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica. Por ejemplo, qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

atención médica o medicamentos, solicitan voluntarios para ayudar con el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a ver si un nuevo enfoque funciona y si es seguro.

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

Una vez que Medicare *aprueba* el estudio, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica su participación en dicho estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. Los proveedores que le proporcionan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso por parte de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica.**

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) para informarles que participará en un ensayo clínico y para obtener detalles más específicos sobre qué es lo que su plan pagará.

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

Una vez que usted se une a un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para los artículos y servicios médicos de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen los siguientes:

- Habitación y comida durante la estancia hospitalaria, que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio clínico.
- Una cirugía u otro procedimiento médico en caso de ser parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones derivados de la nueva atención médica.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio clínico. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio clínico que pagaría si recibiera estos servicios de nuestro plan.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:

Supongamos que usted se realiza una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 según Original Medicare, pero según los beneficios de nuestro plan su parte de los costos de la prueba sería de \$10. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá enviar una solicitud de pago. Junto con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos Resumidos de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio clínico y cuánto es lo que usted debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Cuando usted participa de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando, a menos que Medicare cubra dicho artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio clínico.
- Artículos y servicios que el estudio clínico le proporciona a usted o a cualquier participante de forma gratuita.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y que no son utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio clínico si su problema médico normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica al visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica”. (Esta publicación está disponible en:

www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención médica cubierta en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica?
--

Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica es un centro que provee atención para un problema médico que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Podrá optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier razón. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos). Medicare solo pagará por servicios de atención que no sean médicos provistos por instituciones no médicas religiosas dedicadas a la atención médica.

Sección 6.2 Recibir atención de una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Para recibir atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos no exceptuados.

- Atención o tratamientos médicos no exceptuados se refiere a cualquier tipo de atención médica o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos exceptuados se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o que *es requerido* por las leyes federales, estatales o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que recibe de una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir con las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener un problema médico que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención médica en un hospital para pacientes hospitalizados o atención en centros de enfermería especializada.

Capítulo 3. Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- o *Además*, debe obtener aprobación previa por parte de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.

También se aplican las limitaciones de cobertura de hospitalización de Medicare Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2.1 del Capítulo 4, “Atención hospitalaria para pacientes internados”.

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Usted será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, caminadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores, y camas de hospital que un proveedor solicita para uso domiciliario. Determinados elementos, como las prótesis, siempre son propiedad del miembro. En esta sección, mencionaremos otros tipos de equipo médico duradero que se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Health Choice Pathway, usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo del DME según Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no se convertirá en propietario, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras es miembro de nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos al cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario del artículo. Los pagos anteriores que haya realizado mientras estaba en nuestro plan no se contarán para estos 13 pagos consecutivos.

Si ha realizado menos de 13 pagos por el equipo médico duradero con Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, los pagos que haya realizado anteriormente tampoco contarán a efectos de los 13 pagos consecutivos. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos consecutivos tras volver a inscribirse en Original Medicare para que pueda convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios relacionados con el oxígeno tiene derecho?
--

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, mientras esté inscrito, Health Choice Pathway cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno.

Si abandona Health Choice Pathway o ya no necesita un equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno debe devolverse al propietario.

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?
--

Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de un coseguro de \$0 o del 20 % cada mes.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Health Choice Pathway.

Si antes de inscribirse en Health Choice Pathway había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura de equipo de oxígeno, su costo compartido en Health Choice Pathway es de \$0 o del 20 % del costo.

Sección 8.3 ¿Qué sucede si abandona su plan y regresa a Original Medicare?
--

Si usted regresa a Original Medicare, entonces comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó alquileres por equipos de oxígeno durante 36 meses antes de unirse a Health Choice Pathway, se inscribe en Health Choice Pathway durante 12 meses y, luego, regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura de equipos de oxígeno.

De manera similar, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Health Choice Pathway y, luego, regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

*Tabla de beneficios médicos (lo que
está cubierto y lo que usted paga)*

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1	Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos	63
Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por los servicios cubiertos	63
Sección 1.2	¿Cuál es el deducible de su plan?	63
Sección 1.3	Nuestro plan también tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios	64
Sección 1.4	¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?	65
Sección 1.5	Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo	65
SECCIÓN 2	Use la Tabla de beneficios médicos para saber lo que está cubierto para usted y cuánto deberá pagar usted.....	66
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como un miembro del plan	66
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de Health Choice Pathway?	112
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por Health Choice Pathway	112
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	112
Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan	112

SECCIÓN 1 Entender sus costos de bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que usted paga por estos servicios. Incluye una Tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará usted por cada servicio cubierto como miembro de Health Choice Pathway. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1	Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por los servicios cubiertos
--------------------	---

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- El **“deducible”** es la cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2, se le proporciona más información sobre el deducible de su plan). (En la Sección 1.3, se le proporciona más información sobre sus deducibles para ciertas categorías de servicios).
- Un **“copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, se le proporciona más información sobre sus copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (En la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2, se le proporciona más información sobre su coseguro).

Sección 1.2	¿Cuál es el deducible de su plan?
--------------------	--

Su deducible es \$0 o \$233. Este es el monto que debe pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por sus servicios médicos cubiertos. Hasta que no haya pagado el monto del deducible, usted deberá pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte, su copago o coseguro por el resto del año calendario.

El deducible no se aplica para algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios, incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Consulta en la sala de emergencia (honorarios el médico)
- Exámenes de la vista de rutina/anteojos (complementario)
- Exámenes de audición de rutina/ajuste de aparato auditivo/aparatos auditivos (complementario)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Servicios de atención médica en el hogar
- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas
- Hospitalización psiquiátrica
- Beneficio de comidas (complementario)
- Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Medicamentos de venta libre (complementario)
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Servicios dentales preventivos/integrales (complementario)
- Terapia de ejercicio supervisada (SET) para los servicios de la enfermedad arterial periférica
- Centro de enfermería especializada (SNF)
- Servicios de urgencia
- Servicios adicionales de telesalud (complementario)
- Servicios de telemonitorización (complementario)
- Transporte (complementario)
- Beneficio de aptitud física (complementario)
- Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (complementario)

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no tiene deducible.

Sección 1.3	Nuestro plan también tiene un deducible separado para ciertos tipos de servicios
--------------------	---

El plan tiene un monto deducible para los siguientes tipos de servicios:

- Nuestro monto deducible para la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados es de \$0 o \$1,556 entre los días 1 a 60, según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Hasta que no haya pagado el monto del deducible, usted deberá pagar el costo total de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos para estos servicios y usted pagará su parte (su copago) por el resto del año calendario.
- Nuestro monto deducible para la atención mental para pacientes hospitalizados es de \$0 o \$1,556, entre los días 1 a 60, según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Hasta que no haya pagado el monto del deducible, usted deberá pagar el costo total de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos para estos servicios y usted pagará su parte (su copago) por el resto del año calendario.

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no tiene deducible.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?**

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por nuestro plan (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina gasto de bolsillo máximo por servicios médicos.

Como miembro de Health Choice Pathway, el monto máximo que deberá pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2022 es de \$3,450. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para este monto máximo a pagar de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no se toman en cuenta para el monto máximo a pagar de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo a pagar de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco [*] en la Tabla de beneficios médicos). Si usted alcanza el monto máximo a pagar de su bolsillo de \$3,450, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que AHCCCS [Medicaid] u otro tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo

Como miembro de Health Choice Pathway, un factor de protección importante para usted es que, después de cumplir con los deducibles, solo debe pagar la suma de costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como facturación del saldo. Este factor de protección (por el cual nunca paga más de la suma de costos compartidos) se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera:

- Si la suma del costo compartido es un copago (un monto fijo en dólares; por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de qué tipo de proveedor visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa 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 que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores de la red. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores que no forman parte de la red. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si usted cree que un proveedor le ha realizado una facturación de saldo, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 2 Use la Tabla de beneficios médicos para saber lo que está cubierto para usted y cuánto deberá pagar usted

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

En la Tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas, se enumeran los servicios cubiertos por Health Choice Pathway y los gastos de bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser necesarios por razones médicas. “Necesario por razones médicas” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema médico, y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Usted debe recibir atención médica de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta. Para obtener más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubrimos servicios de proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Tiene un profesional de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En algunas situaciones, el PCP debe aprobarlo por adelantado antes de que usted pueda recurrir a otros proveedores de la red del plan. A esto se le llama dar una remisión. En el Capítulo 3, se ofrece más información sobre la obtención de una remisión y las situaciones en las que no se necesita una remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con la leyenda “Es posible que se requiera autorización previa”.
- También podemos cobrarle tarifas administrativas por las citas perdidas o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame a Servicios de Atención para Miembros si tiene preguntas sobre estas tarifas administrativas. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto tanto por Medicare como por AHCCCS (Medicaid). Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. AHCCCS (Medicaid) cubre el costo compartido de los servicios de Medicare. AHCCCS (Medicaid) también cubre los servicios que Medicare no cubre.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Original Medicare cubre. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare & You 2022* [Medicare y usted 2022]. Consúltelo en línea en www.medicare.gov u obtenga una copia llamando al teléfono **1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al teléfono **1-877-486-2048**).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o monitoreo por un problema médico existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para el problema médico existente.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2022, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si está en el periodo de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos que correspondan del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo no seguiremos cubriendo los

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

beneficios de AHCCCS (Medicaid) que están incluidos en el plan estatal de AHCCCS (Medicaid), ni pagaremos los costos compartidos de Medicare por los que el estado sería responsable de otro modo. Los montos del costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo. Los montos del costo compartido de Medicare para los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este periodo.

Si es elegible para la ayuda de costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Si se le diagnostica alguno de los siguientes problemas crónicos que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.

- o Complicaciones de la insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
 - o Diabetes con complicaciones
 - o Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
 - o Complicaciones de la COVID: los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia
 - o Cáncer
 - o Presión arterial alta
 - o Trastornos digestivos
 - o Trastornos alimenticios
 - o Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
 - o Obesidad
 - o Determinantes sociales de la salud (SDOH)
- Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia.
- Su PCP puede solicitar estos servicios por usted.
- El administrador de atención puede evaluarle y ofrecerle estos servicios según sus necesidades.
- Para obtener más detalles, consulte “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en la Tabla de beneficios médicos a continuación.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la Tabla de Beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de evaluación de aneurisma aórtico abdominal Una sola evaluación de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si usted posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, asistente médico, enfermero especializado o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • un dolor que dura 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con una cirugía; • no asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o empeora. Los requisitos del proveedor son los siguientes: Los médicos (según la definición en 1861[r][1] de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros especializados (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP/CNS exigido por nuestra normativa en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros con problemas médicos para las cuales otros medios de transporte puedan ser peligrosos para la salud del paciente o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que el problema médico del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). El costo compartido se aplica por un viaje de ida. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de transporte que no sean de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Cita de prevención anual Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una cita de prevención anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera cita de prevención anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva de “Le damos la bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de “Le damos la bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.
 Mediciones de masa ósea Para personas que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran necesarios por razones médicas: pruebas para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe de interpretación de los resultados por parte del médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.
 Evaluación de cáncer de mama (mamogramas) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Un mamograma inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Un mamograma de evaluación cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de senos cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los mamogramas de detección cubiertos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
 Consulta para reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose correctamente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares 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 coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Evaluación de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer vaginal o de cuello uterino o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado anormal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales de prevención cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxaciones.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa y remisión.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Evaluación del cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Análisis de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos los siguientes servicios: • Evaluación de detección por colonoscopia (o evaluación de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una evaluación por sigmoidoscopia.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de evaluación de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los enemas de bario cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Cubrimos servicios dentales adicionales (complementarios):	No se aplica coseguro ni copago, para los servicios dentales adicionales (complementarios).
Servicios preventivos*:	Límite de cobertura del plan de \$4,000 por año calendario por todos los servicios dentales combinados.
• Dos exámenes bucales por año, dos cada año. • Dos servicios de profilaxis (limpiezas) cada año, uno cada 6 meses. • Un tratamiento con flúor, uno cada año. • Dos radiografías dentales por año, que incluye lo siguiente: ○ Radiografía interproximal o radiografía simple. ○ Radiografía completa de toda la boca (fmx) o panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses.	
El examen y la limpieza deben realizarse en la misma visita preventiva al consultorio.	
Servicios integrales*:	
• Incluyen servicios de diagnóstico que no son de rutina, servicios de restauración, endodoncias, periodoncias y extracciones. • Prótesis dentales cubiertas una vez cada cinco años. Ajustes, hasta cuatro por año. • No cubiertos: odontología protésica (incluye reconstrucciones faciales y dentales; por ejemplo, procedimientos cosméticos, implantes dentales, puentes y procedimientos de reconstrucción temporomandibular).	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Evaluación de depresión Cubrimos una evaluación de depresión por año. La evaluación debe hacerse en un entorno de atención primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de evaluación de depresión.
 Evaluación de diabetes Cubrimos esta evaluación (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión de la sangre elevada (hipertensión), historial médico de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en la sangre (glucosa) alta. Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
 Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todas las personas diabéticas (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiritas reactivas de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiritas reactivas y los monitores. • Para personas diabéticas con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % por los servicios y suministros para diabéticos cubiertos por Medicare, incluidos los zapatos o las plantillas terapéuticas para personas con diabetes. Es posible que se requiera autorización previa para las bombas de insulina.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % por la cantidad aprobada por Medicare.
(La definición de equipo médico duradero se incluye en el Capítulo 12 de este manual).	Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y caminadores.	Puede requerirse autorización previa.
Cubrimos todos los DME necesarios por razones médicas cubiertos por Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted.	
Generalmente, Health Choice Pathway cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubriremos otras marcas ni fabricantes a menos que su médico u otro proveedor nos indique que la marca es adecuada para atender sus necesidades médicas. Sin embargo, si usted es nuevo en Health Choice Pathway y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos cubriendo esta marca por hasta 90 días. Durante este tiempo, debe consultar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede solicitarle que lo remita para una segunda opinión).	
Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden 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 apropiado para atender su problema médico. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]</i>).	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de emergencia	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % del costo hasta \$120 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.
La atención de emergencia se refiere a los servicios que • son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; • son necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.	Si es admitido en el hospital en un plazo de 3 días por la misma enfermedad, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.
Una emergencia médica tiene lugar cuando usted, o cualquier otra persona con criterio prudente no experta en medicina, con conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente.	Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita ser hospitalizado después de que se haya estabilizado su problema médico de emergencia, deberá pedir al plan que le autorice la atención médica como paciente internado en ese hospital fuera de la red.
Disponible solo dentro de los Estados Unidos. Medicare cubre los servicios de emergencia en países extranjeros solo en circunstancias excepcionales.	El monto que le corresponde pagar será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Programa de aptitud física (complementario)* Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® Este programa se ofrece a los beneficiarios elegibles de Medicare Advantage. Como miembro de Silver&Fit, usted tiene a su disposición sin costo alguno las siguientes opciones: • Programa Get Started (Inicio): al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un programa personalizado para el ejercicio que elija, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de ejercicios en línea sugeridos. • Más de 8,000 videos a pedido a través del sitio web y la biblioteca digital de aplicaciones móviles, incluido Silver&Fit Signature Series Classes®. • Membresía del centro de aptitud física: puede visitar los centros de aptitud física o YMCA cerca de usted que participan en el programa*. Muchos centros de aptitud física participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, la capacidad de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. • Kits de aptitud física para el hogar: usted es elegible para recibir un kit de aptitud física para el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de aptitud física. • Sesiones de entrenamiento para el envejecimiento saludable por teléfono con un entrenador capacitado donde puede hablar sobre temas como ejercicio, nutrición, aislamiento social y salud del cerebro. • La herramienta Silver&Fit Connected™ para realizar un seguimiento de su actividad. • Recompensas, como sombreros y prendedores, por alcanzar nuevos logros. • Clases en línea sobre el envejecimiento saludable. • Boletín trimestral en línea.	No se aplican coseguros ni copagos.
¡El programa Silver&Fit tiene Something for Everyone®!	
* Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.	Para las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio cubiertas por Original Medicare, usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Servicios de audición adicionales de rutina (complementario)* Limitado a un examen de rutina por año. Ajuste de aparato auditivo: • Un ajuste por año. Aparatos auditivos: • Asignación máxima del beneficio del plan de \$2000 por año para aparatos auditivos para ambos oídos combinados.	No se aplican coseguros ni copagos.
 Análisis de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen más riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles para la evaluación preventiva del VIH cubierta por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de agencias de atención médica en el hogar Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica en el hogar. Debe estar confinado en casa, lo que significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de auxiliar de atención médica en el hogar y de personal de enfermería de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica en el hogar combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No se aplican coseguros ni copagos para los miembros elegibles para la atención médica en el hogar proporcionada por una agencia cubierta por Medicare. Puede requerirse autorización previa.
Terapia de infusión en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención médica. • Capacitación y educación para pacientes que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo de manera remota. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Centro de cuidados para pacientes terminales Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados para pacientes terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir los beneficios de cuidado para pacientes terminales cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos, en el caso de que la enfermedad siga su curso normal. Su médico de cuidados para pacientes terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Servicios de cuidados de relevo a corto plazo. • Cuidados a domicilio. <u>Para los servicios de cuidado para pacientes terminales y para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado para pacientes terminales relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado para pacientes terminales, su proveedor de cuidado para pacientes terminales facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. <u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> si necesita recibir servicios que no son de emergencia ni requeridos urgentemente, que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de si acude con un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan: • Si recibe servicios cubiertos por un proveedor de la red, solamente paga la suma de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “tarifa por servicio” de Medicare (Original Medicare).	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados para pacientes terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Original Medicare, no por Health Choice Pathway. Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % del monto aprobado por Medicare por los servicios de visita de valoración de cuidados para pacientes terminales cubiertos por Medicare. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<u>Para los servicios que están cubiertos por Health Choice Pathway, pero no por la Parte A o la Parte B de Medicare:</u> Health Choice Pathway seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no tengan cobertura de la Parte A o la Parte B, ya sea que estén vinculados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.	
Centro de cuidados para pacientes terminales (continuación) <u>Para los medicamentos que puedan estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:</u> los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados para pacientes terminales y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte la sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>Qué sucede si se encuentra bajo cuidados para pacientes terminales certificados por Medicare</i>). Nota: Si no necesita cuidados para pacientes terminales (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de visita de valoración de cuidados para pacientes terminales (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados para pacientes terminales.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe en el otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es necesario por razones médicas. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, de rehabilitación, de atención médica a largo plazo y de otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesario por razones médicas). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias.	Usted paga: Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de \$389 por día de cada período de beneficios. Día 91 en adelante: copago de \$778 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de los días de reserva de por vida: todos los costos. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) - En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Original Medicare. Si Health Choice Pathway provee servicios de trasplante en una ubicación fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en esta ubicación distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. - Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted requiera; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. - Servicios del médico. Nota: Para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden de admisión para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de su estatus, ya sea como paciente internado o ambulatorio, consulte al personal hospitalario. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en la página web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Si recibe atención de pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez estabilizado su problema médico de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido <i>más elevado</i> que usted debería pagar en un hospital de la red. Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	
• Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren estancia hospitalaria. • Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite en la atención hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en la unidad de psiquiatría de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días para estancias hospitalarias como paciente hospitalizado. • Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida. Estos son días adicionales que cubrimos. Si su estadía hospitalaria supera los 90 días, puede usar esos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado esos días adicionales, su cobertura por hospitalización se limitará a 90 días.	Usted paga: Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por cada período de beneficios. Días 61 a 90: copago de \$389 por día de cada período de beneficios. Día 91 en adelante: copago de \$778 por cada día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de los días de reserva de por vida: todos los costos. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0. Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Estadía hospitalaria: servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía hospitalaria no cubierta Si se le agotaron sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la estadía hospitalaria no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía hospitalaria como paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted recibe mientras se encuentra en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios del médico. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Prótesis y dispositivos ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de este; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será admitido en el hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF). Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficio de comidas (complementario)* Este programa está diseñado exclusivamente para mantenerlo sano y fuerte mientras se recupera después de ser ingresado en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) o asociado con afecciones crónicas específicas, como trastornos cardiovasculares, trastornos pulmonares obstructivos crónicos o diabetes. Su PCP puede solicitar estos servicios por usted. Un Administrador de atención de Health Choice Pathway puede evaluarlo y ofrecerle estos servicios según sus necesidades.	No se aplican cosegueros ni copagos. Hasta 42 comidas en total. Hasta 28 comidas (hasta 2 comidas por día durante 14 días) una vez por año calendario, inmediatamente después de una cirugía u hospitalización o por una enfermedad crónica. Hasta 14 comidas (hasta 2 comidas por día durante 7 días) para los siguientes problemas médicos crónicos: insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes. Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas diabéticas, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia en nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios en la alimentación a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados mediante inyección o infusión mientras usted recibe servicios médicos, hospitalarios de consulta externa o en centros de cirugía ambulatoria • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.	Para los medicamentos recetados cubiertos de la Parte B que obtiene en el consultorio de un médico o en una farmacia, usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Fármacos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando recibió un trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, sufrió una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es necesario por razones médicas, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. El siguiente enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: HealthChoicePathway.com/members/prescription-drug-information	Puede requerirse autorización previa. Los medicamentos cubiertos por el beneficio de la Parte B pueden estar sujetos a la terapia escalonada. La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir una prueba de un medicamento de la Parte B o de la Parte D.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) También cubrimos algunas vacunas con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	
Línea directa de enfermería (complementario)* Acceso a personal de enfermería registrado las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	No se aplican coseguros ni copagos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Evaluación de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le proporciona en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Consulte con su médico de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el examen de detección de obesidad y el tratamiento preventivos.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT). • Suministro y administración de medicamentos del MAT (si procede). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Prueba toxicológica. • Actividades de ingreso. • Evaluaciones periódicas.	No se aplican coseguros ni copagos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de técnicos. • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted requiera; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	No se aplican coseguros ni copagos por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % por radiografías y pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio cubiertas. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa. No se requiere autorización previa para los servicios de radiografías. Algunos estudios de resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido e imágenes cardíacas requieren autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Observación hospitalaria ambulatoria	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios de consulta externa que se proporcionan para determinar si debe ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %.
Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.	Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios ambulatorios en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de su estatus como paciente ambulatorio, consulte al personal hospitalario.	Puede requerirse autorización previa.
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en la página web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de atención ambulatoria en el hospital Cubrimos los servicios necesarios por razones médicas que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios como, por ejemplo, servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de hospitalización sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido por los servicios ambulatorios en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de su estatus como paciente ambulatorio, consulte al personal hospitalario. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de datos está disponible en la página web www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf, o bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitamente, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de salud mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero especializado, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % por cada sesión individual o grupal para pacientes ambulatorios. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % por sesión individual o grupal. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias El plan pagará los servicios ambulatorios por abuso de sustancias necesarios por razones médicas que se requieran cuando se proporcionen en los siguientes entornos: Consultorios médicos y hospitales ambulatorios. En estos entornos, los proveedores evalúan e identifican a las personas con o en riesgo de tener problemas relacionados con el abuso de sustancias, y proporcionan intervenciones y tratamientos limitados.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Monto aprobado por Medicare para cada sesión individual o grupal para pacientes ambulatorios. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se le considerará como un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.
Beneficios de artículos de venta sin receta (OTC) (complementarios)* Los artículos de venta sin receta que están cubiertos por este beneficio se limitan a aquellos que son consistentes con las pautas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), como se encuentra en el catálogo de venta sin receta proporcionado a los miembros. Los servicios cubiertos incluyen las compras de artículos de venta sin receta a través del catálogo OTC llamando al 1-844-457-8938 o visitando cvs.com/otchs/healthchoice. El envío es gratuito. También puede visitar las tiendas CVS participantes.	No se aplican coseguros ni copagos. Asignación de \$270 por trimestre (cada tres meses). Todo monto sin usar de los beneficios se transferirá del trimestre anterior; sin embargo, expirará en el siguiente trimestre si no se usa. La suma transferida se aplicará antes del monto de los beneficios del período actual. Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Tenga en cuenta que todo monto sin usar de los beneficios del trimestre 4 (octubre, noviembre y diciembre) no se transferirá al siguiente año del plan.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de hospitalización parcial “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro comunitario de atención de salud mental, que es más intensivo que la atención que puede recibir en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de atención médica o quirúrgicos necesarios por razones médicas proporcionados en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Visitas de valoración, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Pruebas básicas de audición y equilibrio realizadas por su médico especialista, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico. • Algunos servicios de telesalud, incluidos servicios de profesionales de atención primaria, servicios de especialistas médicos, servicios requeridos urgentemente. ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluidas las visitas de valoración, el diagnóstico y el tratamiento proporcionados por un médico o proveedor médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otras ubicaciones aprobadas por Medicare. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para los miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Chequeos virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si sucede lo siguiente: ○ usted no es un paciente nuevo; ○ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días; ○ el chequeo no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores o la cita más próxima disponible.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas <u>si</u> sucede lo siguiente: ○ usted no es un paciente nuevo; ○ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; ○ la evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas posteriores o la cita más próxima disponible. • Visita de valoración que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental no considerada de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico).	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médicos o quirúrgicos de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Pedicuría rutinaria para miembros con determinados problemas médicos que afectan las extremidades inferiores.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes, una vez cada 12 meses: • tacto rectal; • examen de antígeno prostático específico (PSA).	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para un examen de PSA.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Prótesis y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, frenos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación o el reemplazo de las prótesis. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte la sección “Cuidado para la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Puede requerirse autorización previa.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de moderada a muy grave, y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
 Evaluación y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una evaluación por abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas embarazadas) que abusan del alcohol, pero no son dependientes del alcohol. Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Detección de cáncer pulmonar con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer pulmonar, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes por año y que actualmente fuman o dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de evaluación de cáncer pulmonar y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. <i>Para la evaluación de cáncer pulmonar de LDCT después de la evaluación preventiva de LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita de evaluación de cáncer pulmonar para LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de evaluación de cáncer pulmonar y consulta de toma de decisión compartida para evaluaciones posteriores de cáncer pulmonar con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Evaluación de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos evaluaciones de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas evaluaciones están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un profesional de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de contraer una STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un profesional de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria como, por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de evaluación de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad crónica de los riñones en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida.	No se aplican coseguros ni copagos para los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis ambulatorios, (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo internan en un hospital para recibir cuidados especiales). • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar su diálisis en su domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua).	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 % para los servicios de diálisis ambulatoria y hospitalaria, el equipo y los suministros de diálisis en el hogar.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.	

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (La definición de “atención en centros de enfermería especializada” se incluye en el Capítulo 12 de este manual. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es necesaria por razones médicas). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación de sangre). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que usted requiera; usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que obtenga en un año calendario o que usted u otra persona le donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos y proveedores médicos. En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en el caso de ciertos problemas médicos, como los que se enumeran a continuación, podrá recibir atención en un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan. • Un hogar para ancianos y convalecientes o comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Usted paga: Días 1 a 20: \$0 por cada período de beneficios. Días 21 a 100: copago de \$194.50 por día de cada período de beneficios. Día 101 en adelante: todos los costos. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0. Un periodo de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Si acude a un hospital o un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de la hospitalización por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios. Puede requerirse autorización previa.
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) <u>Si usted consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (complementario)* Servicios de tecnología de acceso remoto Los servicios incluyen beneficios complementarios especiales para los siguientes problemas médicos crónicos: • Complicaciones por insuficiencia cardíaca crónica (ICC), diabetes con complicaciones, complicaciones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), complicaciones de la COVID-19. Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. • Dispositivos de salud conectados y tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM), en asociación con la intervención de un PCP o un especialista. • Los dispositivos de salud conectados pueden permitir que los médicos le monitoreen sin tener que realizar citas presenciales. Es posible que los médicos puedan verificar su presión arterial, peso y monitorear su nivel de glucosa de forma remota, según corresponda, de manera que problemas como la presión arterial alta o el nivel de azúcar en la sangre elevado puedan identificarse en tiempo real. Tarjeta de alimentos y productos El monto sin usar no se transfiere a los comestibles saludables de cada mes. Los servicios incluyen beneficios complementarios especiales para los siguientes problemas médicos crónicos: • Complicaciones por insuficiencia cardíaca crónica (ICC), diabetes con complicaciones, complicaciones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer, presión de la sangre elevada, trastornos digestivos, trastornos alimenticios, enfermedad renal terminal (ERT), obesidad, determinantes sociales de la salud (DSS).	No se aplican coseguros ni copagos. No se aplican coseguros ni copagos para una tarjeta mensual de \$25.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en el centro ambulatorio de un hospital o en un consultorio médico. • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero clínico/enfermero practicante que deben estar capacitados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas. El SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera necesario por razones médicas.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un coseguro del 20 %.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Telesalud: adicional (complementario)* Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales: • Profesional de atención primaria • Servicios del médico especialista. • Servicios de urgencia Las consultas médicas virtuales son consultas médicas brindadas a usted fuera de los centros médicos por proveedores clínicos virtuales que usan tecnología en línea y servicios de audio o video en vivo. Visite healthchoicepathway.com/ para acceder a las consultas virtuales. Atención durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Nota: No todos los problemas médicos pueden tratarse mediante consultas virtuales. El médico de la consulta virtual identificará si usted necesita ver a un médico en persona para recibir tratamiento. Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una consulta en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio mediante telesalud.	No se aplican coseguros ni copagos.
Transporte (complementario)* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Recogida hacia las ubicaciones aprobadas por el plan o desde allí. • Servicio de puerta a puerta. • Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud. Cada viaje de ida no debe exceder las 50 millas. Un viaje se considera una ida, un viaje de ida y vuelta se considera como dos viajes. Los servicios cubiertos no incluyen transporte en ambulancia.	No se aplican coseguros ni copagos. Hasta 24 viajes de ida por cada año calendario.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios requeridos urgentemente son proporcionados para tratar enfermedades, lesiones o problemas médicos imprevistos que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. Disponible solo dentro de los Estados Unidos.	Usted realiza un copago de \$0 o paga un 20 % del costo hasta \$65 por los servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Cuidado para la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una evaluación de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, pacientes afroamericanos de 50 años o más, e hispanos estadounidenses que tienen 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la evaluación de retinopatía diabética está cubierta una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares (si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Para la atención necesaria por razones médicas cubierta por Original Medicare: Usted realiza un copago de \$0 o paga el 20 % del costo para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluido el examen anual de detección de glaucoma) cubiertas por Original Medicare. En un hospital para pacientes ambulatorios, usted también debe realizar un copago. Usted realiza un copago de \$0 o paga el 20 % del monto aprobado por Medicare por anteojos o lentes de contacto cubiertos por Original Medicare después de una cirugía de cataratas. Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuidado de rutina para la vista: adicional (complementario)* Examen de la vista de rutina adicional: • Limitado a 1 examen de rutina por año. Asignación para artículos ópticos: • \$450 para anteojos ilimitados cada año (lentes de contacto anteojos y armazones).	No se aplican coseguros ni copagos.
 Consulta preventiva de “Le damos la bienvenida a Medicare” El plan cubre una consulta preventiva de “Le damos la bienvenida a Medicare” por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidas ciertas evaluaciones y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva de “Le damos la bienvenida a Medicare” únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de “Le damos la bienvenida a Medicare”.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para la consulta preventiva de “Le damos la bienvenida a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Health Choice Pathway?

Sección 3.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por Health Choice Pathway

Los siguientes servicios no están cubiertos por Health Choice Pathway, pero están disponibles a través de Medicaid:

- Servicios comunitarios y en el hogar.
- Servicios de intérprete para consultas médicas.
- Servicios de atención médica a largo plazo.

Para los servicios que no están cubiertos por Health Choice Pathway pero que están disponibles a través de AHCCCS (Medicaid), consulte su Manual para Miembros de Medicaid o visite www.azahcccs.gov. También puede llamar a AHCCCS (Medicaid) al teléfono **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. El número telefónico para el servicio de retransmisión AZ para personas con problemas de audición es **1-800-842-6520**.

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 4.1 Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan

En esta sección, se describen los servicios “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

En el siguiente cuadro, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan bajo ninguna condición o están cubiertos por el plan solamente en ciertas situaciones.

No pagaremos por los servicios médicos excluidos enumerados en la siguiente tabla, excepto en las condiciones específicas mencionadas. La única excepción: pagaremos en caso de que un servicio de la siguiente tabla sea un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este manual.)

Todas las exclusiones o limitaciones sobre los servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		✓ Cubierta para el dolor lumbar crónico.
Cirugías o procedimientos cosméticos		✓ Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de una extremidad deforme. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de senos después de una mastectomía, incluso en el seno no afectado, para lograr una apariencia simétrica.
Atención supervisada son cuidados que se proporcionan en un hogar para ancianos y convalecientes, un centro de cuidados para pacientes terminales u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención supervisada es el cuidado personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado como, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según nuestro plan u Original Medicare.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su hogar	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en el hogar	✓	
Comidas a domicilio		✓ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de comidas complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en “Beneficio de comidas”.
Los servicios de ama de casa incluyen ayuda básica con las tareas del hogar, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Atención dental no rutinaria		✓ La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en “Dental”.
Calzado ortopédico		✓ Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo o el calzado para personas con pie diabético.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Objetos de uso personal en la habitación de hospital o centro de enfermería especializada (como un teléfono o una televisión)	✓	
Habitación privada en un hospital		✓ Solo cubierto cuando sea necesario por razones médicas.
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados	✓	
Atención quiropráctica de rutina		✓ Se cubre la manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxaciones.
Atención dental de rutina (como limpiezas, empastes o prótesis dental)		✓ Health Choice Pathway ofrece un beneficio dental complementario. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en “Dental”.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida		✓ El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas. Health Choice Pathway ofrece un beneficio adicional de la vista. Consulte los detalles en la Sección 2.1 de este capítulo en “Cuidado de rutina para la vista adicional”.
Pedicuría		✓ Alguna cobertura limitada proporcionada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Exámenes de audición de rutina, aparatos auditivos o exámenes para ajustar los aparatos auditivos		✓ Health Choice Pathway ofrece un beneficio de audición complementario. Consulte los detalles en la sección 2.1 de este capítulo en “Servicios de audición adicionales de rutina”.
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Original Medicare	✓	
Dispositivos de soporte para pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.

CAPÍTULO 5

*Usar la cobertura del plan para
sus medicamentos recetados
de la Parte D*

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	120
Sección 1.1	En este capítulo se describe su cobertura para medicamentos de la Parte D	120
Sección 1.2	Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D	121
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	122
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red	122
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red.....	122
Sección 2.3	Usar los servicios de pedidos por correo del plan	123
Sección 2.4	¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?	125
Sección 2.5	¿En qué casos puede usar una farmacia que no está en la red del plan?	125
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan	126
Sección 3.1	En la “Lista de medicamentos”, se le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos.....	126
Sección 3.2	¿Cómo verificar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?	127
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	128
Sección 4.1	¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?	128
Sección 4.2	¿Cuáles son las restricciones?	128
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	129
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si alguno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera?	130
Sección 5.1	Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera.....	130
Sección 5.2	¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?	131
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	133
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año	133

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Sección 6.2	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?.....	133
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	135
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	135
SECCIÓN 8	Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surta un medicamento recetado	137
Sección 8.1	Presente su tarjeta de membresía.....	137
Sección 8.2	¿Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted?.....	137
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	137
Sección 9.1	¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan?	137
Sección 9.2	¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención médica a largo plazo (LTC)?	137
Sección 9.3	¿Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un plan grupal para jubilados?	138
Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado para pacientes terminales certificado por Medicare?	139
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos	139
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura	139
Sección 10.2	Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura.....	140
Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos.....	141



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está en el programa de Ayuda adicional, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un anexo por separado, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocida como la “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), en el que se informa sobre la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS Rider”. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo **se describen las normas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. En el próximo capítulo, se le informa acerca de lo que usted debe pagar por sus medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura por medicamentos de la Parte D, Health Choice Pathway también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de su cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*), se describen los beneficios y costos de medicamentos durante una estadía cubierta en un hospital o en un centro de enfermería especializada, así como los costos y beneficios para los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro de cuidado para pacientes terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre servicios y medicamentos de las Partes A, B y D de Medicare no relacionados con su pronóstico terminal y problemas médicos relacionados, por ende, no cubiertos por el beneficio paliativo de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado para pacientes terminales certificado por Medicare*). Para obtener información acerca de la cobertura para pacientes terminales, consulte la sección incluida en el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted paga*).

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

En las siguientes secciones, se describe la cobertura de sus medicamentos según las normas del beneficio de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, se incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). En la Lista de medicamentos se indica cómo averiguar sobre su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Consulte su formulario de Health Choice Arizona u otro formulario de AHCCCS (Medicaid).

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

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

- Un proveedor de la red (un médico, dentista u otro médico recetador) debe escribir su receta médica.
- Su médico recetador deberá aceptar Medicare o presentar la documentación a los CMS para comprobar que se encuentra calificado para realizar recetas médicas; de lo contrario, su reclamo de la Parte D será denegado. Deberá consultarle a su médico recetador si cumple con estas condiciones la próxima vez que se comuniquen con él o que realice una consulta. En caso negativo, tenga en cuenta que a su médico recetador le lleva tiempo presentar la documentación necesaria para su tramitación.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada “Lista de medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos recetados a través de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por la lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red
--

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestra página web (healthchoicepathway.com) o llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita adquirir algún medicamento que ha estado tomando, puede solicitar que un proveedor le expida una nueva receta médica o que la receta sea transferida a su nueva farmacia de la red.

¿Qué hacer si una farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede pedir ayuda a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede obtener esta información en nuestra página web healthchoicepathway.com.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

A veces, necesitará adquirir sus medicamentos en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención médica a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de atención médica a largo plazo (como un hogar para ancianos y convalecientes) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC, que es generalmente la farmacia que utiliza el centro de LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, consulte con Servicios de Atención para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación especial, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: Estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 2.3	Usar los servicios de pedidos por correo del plan
--------------------	--

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por un problema médico crónico o prolongado. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no pertenecen a pedidos por correo en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener información sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, puede llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contratapa de este manual).

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en no más de 10 a 15 días. En el caso poco probable de que haya una demora significativa con su medicamento recetado de pedido por correo, nuestro servicio de pedido por correo trabajará con usted y una farmacia de la red para proporcionarle un suministro temporal de su medicamento.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero, si sucedió lo siguiente:

- Utilizó servicios de venta por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora o en cualquier momento llamando a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Si recibe automáticamente una receta que no desea por correo, y no se comunicaron con usted para ver si la quería antes de enviarla, es posible que sea elegible para un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedidos por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Si nunca usó ni recibió un pedido por correo o decide detener el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que se le surta y envíe el medicamento de inmediato. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, cancelar o retrasar la orden antes de que se le cobre y se envíe. Es importante que responda cada vez que es contactado por la farmacia para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Para darse de baja del envío automático de recetas nuevas recibidas directamente de la consulta de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Resurtido de recetas enviadas por correo. Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin su medicamento. La farmacia se comunicará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento. Si elige no utilizar el programa de resurtido automático, contáctese con su farmacia 14 días antes de que se terminen sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara resurtido por correo en forma automática, puede llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted. Puede pedirle a la

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

farmacia que se comuniquen con usted por teléfono o correo electrónico. Asegúrese de informar a Health Choice Pathway cuando cambie su número de teléfono o dirección comunicándose con Servicios de Atención para Miembros.

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por un problema médico crónico o prolongado). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* se indica qué farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con Servicios de Atención para Miembros para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “(NM)” en nuestra Lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro de hasta 100 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de envío por correo.

Sección 2.5 ¿En qué casos puede usar una farmacia que no está en la red del plan?**Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. De no poder utilizar nuestra red de farmacias, estos son los casos en que cubrimos medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Health Choice Pathway cubrirá las recetas que se surten en una farmacia fuera de la red si la receta médica está relacionada con una atención médica de emergencia o atención médica requerida urgentemente.
- Si viaja dentro de los Estados Unidos, pero fuera del área de cobertura del plan, se enferma, o pierde o se queda sin sus medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si no hay disponible una farmacia de la red.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día a una distancia razonable en vehículo.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia de la red accesible o en una farmacia de servicio por correo (incluidos los medicamentos de alto costo y únicos).
- Si lo evacúan o desplazan de su casa debido a una catástrofe declarada por el gobierno federal u otra declaración de emergencia de salud pública.

En estas situaciones, **le pedimos que primero se comuniqué con Servicios de Atención para Miembros** para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que adquiere el medicamento. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

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

Sección 3.1	En la “Lista de medicamentos”, se le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos
--------------------	--

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*”. En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos en forma abreviada “Lista de medicamentos”**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare (descritos al comienzo de este capítulo, Sección 1.1, donde se explican los Medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos por sus beneficios de AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos en virtud de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario Health Choice Arizona u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de Health Choice Arizona, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Generalmente cubrimos un medicamento en la Lista de medicamentos del plan siempre que usted cumpla con las demás normas de cobertura especificadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una “indicación médica aceptada”. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento *que*

- haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (es decir que la Administración de Alimentos y Medicamentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o el problema médico recetado) o
- esté avalado por determinados libros de referencia, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, actúa con la misma eficacia que el medicamento de marca, pero su costo es menor. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para la mayoría de los medicamentos de marca.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* se incluyen en la Lista de medicamentos?

El formulario de Health Choice Pathway (Lista de medicamentos) no identifica los medicamentos cubiertos por AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos están cubiertos en virtud de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario Health Choice Arizona u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de Health Choice Arizona, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el 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 un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

Sección 3.2	¿Cómo verificar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos?
--------------------	--

Existen tres maneras de verificar esto:

1. Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio web del plan (healthchoicepathway.com). La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

3. Comunicarse con Servicios de Atención para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar costos generales de medicamentos para mantener la cobertura de sus medicamentos más accesible.

En general, nuestras normas recomiendan que usted adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su problema médico. Cuando un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor. También debemos cumplir las normas y reglas de Medicare que rigen la cobertura de medicamentos y el costo compartido.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento.

Si desea que no apliquemos la restricción a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar no aplicar la restricción a su caso, o no hacerlo. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto es porque se aplican diferentes restricciones o costos compartidos según factores tales como la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a dos por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

Nuestro plan establece diferentes tipos de restricciones para que nuestros miembros utilicen sus medicamentos de la manera más eficaz. En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión de medicamento genérico

Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. **Cuando una versión genérica de un medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión del medicamento genérico.** En general, no cubrimos un medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar el mismo problema médico, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación del plan antes de que aceptemos ofrecerle cobertura por el medicamento. Esto se llama **“autorización previa”**. A veces el requisito de obtener aprobación previa sirve para guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos generalmente menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar el mismo problema médico, el plan puede indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se llama **“terapia escalonada”**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener mediante la limitación de la cantidad de medicamentos que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener información más actualizada, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o visite nuestra página web (healthchoicepathway.com).

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento.

Si el medicamento que desea tomar tiene una restricción, debe comunicarse con Servicios de Atención para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que no apliquemos la restricción a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar no aplicar la restricción a su caso, o no hacerlo. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 5.1	Existen ciertos recursos a su disposición si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera
--------------------	---

Esperamos que la cobertura de su medicamento funcione correctamente para usted. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que toma actualmente, o un medicamento que usted o su proveedor considere que debe tomar, que no se encuentre en nuestro formulario o que se encuentre en el formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, existen ciertas normas adicionales que establecen restricciones para el uso de algunos medicamentos cubiertos por el plan. Por ejemplo, se le podría solicitar que pruebe un medicamento diferente primero para ver si es eficaz, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. O pueden existir límites para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) cubierta durante un periodo específico. En algunos casos, puede solicitarnos que no apliquemos la restricción a su caso.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no se cubre en la forma en que a usted le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.

Sección 5.2	¿Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento?
--------------------	---

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

- Adquirir un suministro provisional del medicamento (solo miembros en ciertas situaciones pueden adquirir un suministro provisional). Esto le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar el medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro provisional

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o cuando existen ciertas restricciones aplicables a su medicamento. Esto le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y para decidir cómo proceder.

Debe reunir los siguientes dos requisitos para ser elegible para recibir un suministro provisional:

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

- El medicamento que usted estuvo tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan.**
- El medicamento que usted estuvo tomando **ahora tiene ciertas restricciones** (en la Sección 4 de este capítulo, se describen las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**
Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo durante los primeros 90 días del año calendario si ya estaba inscrito en el plan el año anterior.** El suministro provisional será por un máximo de 31 días. Si se indican menos días en su receta médica, permitiremos varias renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 31 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Para aquellos miembros que estuvieron en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de atención médica a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro por 34 días de un medicamento en particular o menos si su receta indica menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.

- Si existe algún cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o admitido en un centro de atención médica a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (de 31 días como máximo) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio de cobertura.

Para solicitar un suministro provisional, llame al Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Durante el tiempo en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Puede cambiar de medicamento y utilizar otro cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual. En las siguientes secciones, proporcionamos más información sobre estas opciones.

Puede cambiar el medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Probablemente, exista otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar a Servicios de Atención para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema médico. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para su caso a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que por razones médicas se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento, aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción del formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del médico recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben consultar la Sección 7.4 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo proceder. Se explican los procedimientos y la fecha límite establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Nuevos medicamentos disponibles, incluso nuevos medicamentos genéricos. Es probable que el gobierno haya aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y decidimos no cubrirlo. O bien, podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha comprobado su ineficacia.
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?
--

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos las veces que usted recibirá notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede comunicarse con Servicios de Atención para Miembros para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Los cambios en su cobertura de medicamentos lo afectarán de manera inmediata?

Cambios que le pueden afectar este año: En los siguientes casos, usted se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a 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 uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel diferente de costo compartido, agregar nuevas restricciones o ambos.
 - Es posible que no le avisemos por adelantado antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - Usted o su médico recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).
 - Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - En ocasiones, un medicamento es retirado del mercado de forma repentina porque se descubrió que es inseguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber de inmediato acerca del cambio.
 - Su médico recetador también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo para reemplazar a un medicamento de marca, o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle con por lo menos 30 días de anticipación o darle un reabastecimiento de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

- o Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su médico recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos.
- o O bien, usted o su médico recetador pueden solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: para los cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si usted está tomando actualmente el medicamento, los siguientes tipos de cambios no le afectarán hasta el 1.º de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo compartido hasta el 1.º de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, usted probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento. Este año no se le notificarán directamente los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, los cambios le afectarán, y es importante revisar la Lista de medicamentos del año nuevo del beneficio para ver si hay cambios en los medicamentos.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos recetados que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

No pagaremos los medicamentos que se especifican en esta sección. La única excepción: si, por apelación, se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o haberlo cubierto por su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación cuando determinamos que no nos corresponde cubrir un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este manual). Si el medicamento está excluido, usted deberá pagarlo.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que no esté cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El uso fuera de lo indicado se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos.
 - Generalmente, la cobertura del “uso fuera de lo indicado” está permitida solo cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está avalado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de lo indicado”.

También, por ley, las categorías de medicamentos indicadas abajo no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de AHCCCS (Medicaid). Para averiguar qué medicamentos podrían estar cubiertos en virtud de sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), consulte su formulario Health Choice Arizona (HCA) u otro formulario de AHCCCS (Medicaid). Para recibir una copia del formulario de Health Choice Arizona, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Recetas médicas para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta.

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surta un medicamento recetado

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para adquirir su medicamento recetado, debe presentar su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando presenta su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan por su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia su parte del costo cuando adquiera sus medicamentos recetados.

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted?

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted cuando adquiere su medicamento recetado, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo adquiera**. (Posteriormente usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

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

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

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la estadía. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte los apartados anteriores de esta sección para obtener más información sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*), se proporciona más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

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

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

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Consulte el *Directorio de farmacias* para verificar si la farmacia del centro de atención médica a largo plazo es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro provisional** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. Este suministro total será por un máximo de 34 días o menos si la receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención médica a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios). Si usted es miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si el plan establece restricciones a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 34 días, o menos si la receta médica indica menos días.

Durante el tiempo en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Probablemente, exista otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para su caso a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben consultar la Sección 7.4 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo proceder.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un plan grupal para jubilados?

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o de grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con el **administrador de beneficios del grupo**. Esta persona le puede ayudar a determinar cómo funcionará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

Por lo general, si actualmente se encuentra empleado, la cobertura de medicamentos recetados que usted obtiene de nosotros será *secundaria* para la cobertura de su empleador o de su plan grupal para jubilados. Eso quiere decir que su cobertura grupal pagará primero.

Nota especial sobre cobertura válida:

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le indique si su cobertura para medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida y las opciones que tiene para la cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan de grupo es “**válida**”, esto quiere decir que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Conserve estos avisos sobre la cobertura válida, ya que podría necesitarlas posteriormente. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite estos avisos para demostrar que mantuvo una cobertura válida. Si usted no recibió un aviso sobre la cobertura válida por parte de su empleador o plan grupal para jubilados, usted puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de su empleador o del plan grupal para jubilados o de su empleador o sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado para pacientes terminales certificado por Medicare?
--------------------	--

los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados para pacientes terminales y nuestro plan al mismo momento. Si se encuentra inscrito en cuidados para enfermos terminales de Medicare y requiere un medicamento contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados para pacientes terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus problemas médicos relacionados, nuestro plan debe recibir una notificación por parte del médico recetador o de su proveedor de cuidados para pacientes terminales de que el medicamento no está relacionado con su problema antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados para pacientes terminales o a su médico recetador que se asegure de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados para pacientes terminales o sea dado de alta de su plan de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta en el plan. Consulte las partes previas de esta sección en las que se informa sobre las normas para obtener cobertura de medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que reciben recetas de medicamentos de más de un proveedor.

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

- Posibles errores de medicamentos.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Si observamos un posible problema en su utilización de los medicamentos, consultaremos con su proveedor para corregir el error.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usen de manera segura sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y necesario por razones médicas. Trabajando con sus médicos, si decidimos que está en riesgo por mal uso o abuso de sus medicamentos opioides, podríamos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos en una farmacia(s) específica(s).
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de un médico(s) específico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted.

Si consideramos que deben aplicarse una o más de estas limitaciones a su caso, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explica los términos de las limitaciones que, en nuestra opinión, se le pueden aplicar. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abuso de medicamentos recetados o de la limitación, usted y su médico recetador tienen derecho a presentar una apelación. Si usted decide apelar, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una apelación.

Capítulo 5. Usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertos problemas médicos, como cáncer o anemia de células falciformes, o si está recibiendo cuidados para enfermos terminales, paliativos, o de cuidados al final de la vida o si reside en un centro de atención médica a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar sus medicamentos
---------------------	--

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos han desarrollado el programa para nosotros. Este programa ayuda a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM).

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes problemas médicos y tienen un costo alto de medicamentos o que están en un Programa de Manejo de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar sus opioides de forma segura pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Puede consultar acerca de la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen tiene un plan de acción de medicación que hace sugerencias sobre qué puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con un espacio para que usted pueda tomar apuntes o anotar cualquier pregunta que desee hacer posteriormente. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea solicitar la revisión de sus medicamentos antes de la consulta anual de bienestar, por lo que puede hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de acudir al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna duda sobre estos programas, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	145
Sección 1.1	Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos	145
Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que usted debe pagar por sus medicamentos cubiertos.....	146
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento.....	146
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Health Choice Pathway?.....	146
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra	147
Sección 3.1	Enviamos un informe mensual llamado “Descripción de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”).....	147
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos.....	148
SECCIÓN 4	En la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	149
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$0 o \$99 por sus medicamentos	149
SECCIÓN 5	En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte	150
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo surte la receta	150
Sección 5.2	Tabla que muestra sus costos por un suministro de un <i>mes</i> de un medicamento	150
Sección 5.3	Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, puede que no deba pagar el costo del suministro de todo el mes.....	151
Sección 5.4	Tabla que muestra sus costos por un suministro <i>a largo plazo</i> (de hasta 100 días) de un medicamento	153
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$7,050.....	153

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

Sección 5.6	De qué forma Medicare calcula sus costos de bolsillo para los medicamentos recetados.....	154
SECCIÓN 6	No hay Periodo sin cobertura para Health Choice Pathway.....	156
Sección 6.1	Usted no tiene un Periodo sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.	156
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos por sus medicamentos.....	156
Sección 7.1	Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.	156
SECCIÓN 8	Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra.....	157
Sección 8.1	Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de administrarle la vacuna.	157
Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame a Servicios de Atención para Miembros antes de administrarse una vacuna.	158



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional con los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están recibiendo “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si está en el programa de “Ayuda adicional”, **es posible que parte de la información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Le enviamos un anexo por separado, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocida como la “Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), en el que se informa sobre la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS Rider”. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos
--

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos Parte D; algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por AHCCCS (Medicaid).

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe conocer los conceptos básicos de los medicamentos que están cubiertos, dónde adquirir sus medicamentos recetados y las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En los siguientes materiales, se definen estos conceptos básicos:

- **La Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.** Para simplificar, la llamamos “Lista de medicamentos”.
 - En esta Lista de medicamentos, se incluyen los medicamentos que están cubiertos para usted.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede encontrar la Lista de medicamentos ingresando a nuestro sitio web healthchoicepathway.com. La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.

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

- **Capítulo 5 de este manual.** En el Capítulo 5, se ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, también se enumeran los tipos de medicamentos recetados no cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). En el *Directorio de farmacias*, se incluye una lista de las farmacias de la red del plan. También se le explica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que usted debe pagar por sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, usted debe conocer los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos. El monto que usted paga por el medicamento se llama “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga una suma fija cada vez que surte una receta médica.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra cuando adquiere el medicamento
------------------	---

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Health Choice Pathway?
--------------------	---

Como se muestra en la siguiente tabla, existen tres “etapas de pagos de medicamentos” que corresponden a su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare conforme a Health Choice Pathway. El monto que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento recetado o la renovación de la receta. Recuerde que siempre es responsable de la prima mensual del plan, sin importar la etapa de pago del medicamento.

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

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa de periodo sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura catastrófica</i>
Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será de \$0 o \$ 99, según el nivel de Ayuda adicional que recibe. <i>Si su deducible es de \$0:</i> esta etapa de pago no se aplica a usted. <i>Si su deducible es de \$99:</i> usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$99 por sus medicamentos. (Consulte más detalles en la Sección 4 de este capítulo.)	En esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga la suya. Usted permanece en esta etapa hasta que sus costos de bolsillo (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen los \$7,050. (Consulte más detalles en la Sección 5 de este capítulo.)	Debido a que no existe un periodo sin cobertura para el plan, esta etapa de pago no se aplica a usted.	En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (Consulte más detalles en la Sección 7 de este capítulo.)

SECCIÓN 3 **Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la que usted se encuentra**

Sección 3.1 **Enviamos un informe mensual llamado “Descripción de Beneficios de la Parte D” (la “EOB de la Parte D”)**

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se le llama los costos **“de bolsillo”**.
- Mantenemos el registro de su **“costo total por medicamentos”**. Este es el monto que paga de su bolsillo, o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito titulado *Descripción de Beneficios de la Parte D* (a veces se le llama “EOB de la Parte D”) cuando usted haya surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. En la EOB de la Parte D se proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, como aumentos de precio y otros

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

medicamentos con costos compartidos más bajos que pueden estar disponibles. Debe consultar con estas opciones de menor costo con el médico recetador. En la Parte B de la EOB se incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** En este informe se detallan los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Se detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Se muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información del precio del medicamento.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos recetados alternativos disponibles a menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamentos recetados que pueda estar disponible.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos
--------------------	---

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted realiza por los medicamentos, nos basamos en registros obtenidos de las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento recetado.** Para asegurarse de que estemos informados de las recetas que usted surte y lo que usted paga, presente su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague los medicamentos recetados y que nosotros no obtengamos en forma automática la información que necesitamos para tener un seguimiento de los costos de bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos de bolsillo, usted podrá entregarnos copias de recibos por medicamentos que usted ha comprado. (Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo del medicamento. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este manual). A continuación, describimos algunas situaciones en que usted querrá entregar copias de sus recibos por la compra de medicamentos para que tengamos un registro completo de lo que usted gastó en la compra de sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

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

- Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras ocasiones en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para el cálculo de sus costos de bolsillo y ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus costos de bolsillo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe la *Descripción de Beneficios de la Parte D* (una EOB de la Parte D) por correo, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o si tiene alguna duda, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 En la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos

Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado \$0 o \$99 por sus medicamentos
--------------------	---

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos recetados, por lo que la Etapa de deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda adicional”, el monto de su deducible depende del nivel de ayuda que reciba; por lo tanto, usted:

- No paga un deducible.
- O bien, paga un deducible de \$99.

Consulte el anexo por separado (el “LIS Rider”) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta de medicamentos del año. Cuando está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de \$480 para 2022.

- Su “**costo total**” suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.

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

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado \$480 por sus medicamentos, abandona la Etapa de deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo surte la receta
--

En la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde por sus costos de medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago y coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- Una farmacia minorista que está en nuestra red del plan.
- Una farmacia que no está en la red del plan.
- La farmacia de envío por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de receta médica, consulte el Capítulo 5 de este manual y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un <i>mes</i> de un medicamento

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

- “**Copago**” significa que usted paga una suma fija cada vez que surte una receta médica.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.
- Si el costo de su medicamento cubierto es inferior al monto del copago que se encuentra detallado en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* el monto del copago, *lo que sea menor*.

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

- Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención médica a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 34 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (Un suministro de hasta 31 días)
Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0 copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15 % de coseguro por receta	Copago de \$0 copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15 % de coseguro por receta	Copago de \$0 copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15 % de coseguro por receta	Copago de \$0 copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15 % de coseguro por receta
Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	Copago de \$0 copago de \$4.00 o \$9.95 de copago o coseguro del 15 % por receta	Copago de \$0 copago de \$4.00 o \$9.95 de copago o coseguro del 15 % por receta	Copago de \$0 copago de \$4.00 o \$9.95 de copago o coseguro del 15 % por receta	Copago de \$0 copago de \$4.00 o \$9.95 de copago o coseguro del 15 % por receta
Está recibiendo “Ayuda Adicional”, por lo que su copago depende de los ingresos y el estado institucional. Si no recibe “Ayuda adicional” de Medicare, pagará 25 % de coseguro por sus medicamentos recetados.				

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto de todo un mes. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Es posible que haya ocasiones en que desee preguntarle a su médico sobre recetar menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted prueba por primera vez un medicamento que se conozca que tenga efectos

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

secundarios serios). Si su médico receta una cantidad menor a un mes completo de suministro, no deberá pagar por el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando recibe menos del suministro de un mes completo dependerá de si usted es responsable por el pago de un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto de dinero fijo).

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta médica es para un suministro de un mes completo o para unos días. No obstante, debido a que el costo total de los medicamentos será menor si recibe menos de un suministro de un mes completo, el *monto* que pagará será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días que reciba el medicamento. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa de costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días para los que recibe el medicamento.
 - El siguiente es un ejemplo: Digamos que el copago para su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es de \$31. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es de \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será \$1 por día multiplicado por 7 días, para un pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que su medicamento funcione para usted antes de que deba pagar el suministro de un mes entero. También puede solicitar a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le suministre, un suministro menor al de un mes completo de uno o varios medicamentos, en caso de que esto le ayude a planificar las fechas de renovación para las diferentes recetas médicas a fin de hacer menos visitas a la farmacia. El monto que usted paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento**

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo adquirir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

En la siguiente tabla se muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.

Su parte del costo cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)
Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0 copago de \$1.35 o \$3.95 de copago o 15 % de coseguro por receta	Copago de \$0 copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15 % de coseguro por receta
Medicamentos de marca y todos los demás medicamentos	Copago de \$0 \$4.00 de copago o \$9.95 de copago o 15 % de coseguro por receta	Copago de \$0 \$4.00 de copago o \$9.95 de copago o 15 % de coseguro por receta
Está recibiendo “Ayuda Adicional”, por lo que su copago depende de los ingresos y el estado institucional. Si no recibe “Ayuda adicional” de Medicare, pagará 25 % de coseguro por sus medicamentos recetados.		

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo anuales alcancen los \$7,050.

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de bolsillo totales alcancen los \$7,050. Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos de bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener información sobre cómo Medicare cuenta sus costos de bolsillo). Cuando alcanza un límite de costos de bolsillo de \$7,050, abandona la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

La *Descripción de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también los terceros, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$7,050 en un año.

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

Le informaremos si alcanza este monto de \$7,050. Si alcanza este monto, usted abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 5.6	De qué forma Medicare calcula sus costos de bolsillo para los medicamentos recetados
--------------------	---

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta como sus costos de bolsillo. Cuando alcanza un límite de costos de bolsillo de \$7,050, abandona la Etapa de cobertura inicial y pasa a la Etapa de cobertura catastrófica.

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

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo.

Cuando sume sus costos de bolsillo, **puede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este manual):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de deducible
 - La Etapa de cobertura inicial
- Todos los pagos que usted realizó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de registrarse en nuestro plan

Es importante quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **ciertas personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el sida o por el Servicio de Salud para Indígenas. Los pagos efectuados mediante el programa Ayuda Adicional de Medicare también están incluidos.

Pasar a la Etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha gastado un total de \$7,050 en costos de bolsillo dentro del año calendario, usted abandonará la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo.

Cuando suma sus costos de bolsillo, **no le estará permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos únicamente por AHCCCS (Medicaid).
- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el Periodo sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos por 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.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización a los trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que se enumeran arriba, paga una parte o el total de sus costos de bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan. Llame a los Servicios de Atención para Miembros para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

¿Cómo puede mantener un registro del total de sus costos de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** El resumen de *Descripción de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus costos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo, se describe este informe). Cuando usted alcanza un total de \$7,050 de costos de bolsillo anuales, este informe le comunicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se especifica lo que usted puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que usted ha gastado en forma completa y actualizada.

SECCIÓN 6 No hay Periodo sin cobertura para Health Choice Pathway.

Sección 6.1	Usted no tiene un Periodo sin cobertura para sus medicamentos de la Parte D.
--------------------	---

No hay periodo sin cobertura para Health Choice Pathway. Una vez que abandona la Etapa de cobertura inicial, pasa a la Etapa de cobertura catastrófica. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayoría de los costos por sus medicamentos.

Sección 7.1	Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año.
--------------------	---

Usted califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo han alcanzado el límite de \$7,050 por el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, los costos de los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo de un medicamento cubierto será:

- \$0; o
- un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - o *ya sea* un coseguro del 5 % del costo del medicamento
 - o o \$3.95 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y \$9.85 por todos los demás medicamentos.
 - o **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Revise la “Cláusula adicional de LIS” para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de cobertura catastrófica.

SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra.

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de administrarle la vacuna.

Nuestro plan provee cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Usted puede obtener información sobre la cobertura de estas vacunas consultando la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en dos partes:

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí misma**. Las vacunas se consideran medicamentos recetados.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **colocarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

¿Qué debe pagar usted por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres factores:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué está siendo vacunado).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede obtener información sobre su cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
- 2. Dónde obtiene la vacuna.**
- 3. Quién le administra la vacuna.**

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando se le administra la vacuna, deberá pagar el costo total tanto por la vacuna como por su aplicación. Puede solicitar a nuestro plan el reembolso de nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando adquiere una vacuna o cuando se le administra la vacuna, usted deberá pagar solo su parte del costo.

Para demostrar cómo funciona esto, a continuación se describen tres situaciones comunes en las que usted puede recibir una vacuna de la Parte D.

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

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y le administran la vacuna en una farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

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

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando le administran una vacuna, usted deberá pagar el costo total por la vacuna y su administración.
- Posteriormente, usted puede solicitar que nuestro plan le reembolse la parte que le corresponde por el costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el total del costo por este servicio. Posteriormente, usted podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este manual.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico para la administración de la vacuna.

Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame a Servicios de Atención para Miembros antes de administrarse una vacuna.
--------------------	---

Las normas de cobertura de vacunación son complejas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que primero nos llame a Servicios de Atención para Miembros cada vez que planea administrarse una vacuna. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación y explicarle la parte que le corresponde cubrir a usted por los costos.
- Podemos brindarle información sobre cómo mantener sus costos bajos si recurre a los proveedores y las farmacias de nuestra red.
- Si no puede recurrir a un proveedor o una farmacia de la red, podemos informarle qué necesita hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

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

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	161
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que paguemos nosotros.	161
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido	163
Sección 2.1	Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago.....	163
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	164
Sección 3.1	Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar	164
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación.	164
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias	165
Sección 4.1	En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar un registro de sus costos de bolsillo por medicamentos.....	165

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que paguemos nosotros.**

Los proveedores de nuestra red envían la factura directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o el medicamento que usted ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si usted ya ha pagado un servicio o suministro de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero (por lo general, pagarle el dinero a usted se denomina “reembolso”). Usted tiene derecho a recibir el reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

A continuación, se enumeran ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió.

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

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. Cuando recibe servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe solicitarle al proveedor que envíe la factura al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto adeuda y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

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. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague los servicios *O* que pague más de su parte del costo.

- No permitimos que los proveedores le facturen por los servicios cubiertos. Pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Para obtener más información sobre la facturación del saldo, consulte la Sección 1.6 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es más de lo que usted debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe solicitarnos que le reembolsemos los servicios cubiertos *O* la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda según el plan.

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

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (“Retroactivo” significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso. Comuníquese con Servicios de Atención para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso y cuáles son las fechas límite para efectuar su solicitud. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

4. Cuando surte una receta médica en una farmacia fuera de la red

Si presenta su tarjeta de membresía e intenta surtir una receta médica en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en algunas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información). Conserve el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

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

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan consigo, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción al plan. Sin embargo, si la farmacia no

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

puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite el reembolso de nuestra parte del costo.

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

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total de este.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos obtener más información de su médico para efectuar el reembolso por nuestra parte del costo del medicamento.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que usted ha recibido

Sección 2.1	Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago
--------------------	---

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

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

Medical Services Reimbursements:

Health Choice Pathway ATTN: Reimbursement Services
410 N 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

Part D Reimbursements:

Health Choice Pathway ATTN: Reimbursement Services
410 N 44th Street, Suite 900
Phoenix, AZ 85008

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

Debe presentar su reclamo dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio, suministro o medicamento.

Comuníquese con Servicios de Atención para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, podemos ayudarlo. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente

Sección 3.1	Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar
--------------------	---

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las normas para recibir la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si usted ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe seguir para recibir servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican las normas que debe seguir para obtener medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte del costo por la atención médica o el medicamento. Por el contrario, le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esa decisión.

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

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este manual (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, puede empezar

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

por consultar la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una introducción en la que se describe el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Posteriormente, después de leer la Sección 5, puede consultar la sección en el Capítulo 9 que describe qué debe hacer según su situación:

- Si desea presentar una apelación por un reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación por un reembolso por un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1	En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar un registro de sus costos de bolsillo por medicamentos
--------------------	--

Existen ciertas situaciones en que nos debe informar sobre pagos que ha efectuado por sus medicamentos. En estos casos, usted no está solicitando un pago de nuestra parte. En lugar de eso, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular sus costos de bolsillo correctamente. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

A continuación, describimos un ejemplo de una situación en la que nos debe enviar copias de recibos para informarnos sobre pagos que haya efectuado por sus medicamentos:

Cuando adquiere un medicamento por medio de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos externo a los beneficios del plan. Si adquiere medicamentos por medio de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba realizar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve el recibo y envíenos una copia para el cálculo de sus costos de bolsillo con la finalidad de calificar para la Etapa de cobertura catastrófica.
- Tenga en cuenta lo siguiente: Dado que adquiere su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, el plan no pagará ninguna parte de estos costos por medicamentos. No obstante, si nos envía una copia del recibo podremos calcular sus costos de bolsillo correctamente, y esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para pasar a la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que usted no está solicitando ningún pago en el caso antes descrito, esta situación no se considera como una decisión de cobertura. Por lo tanto, no podrá 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.....	168
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de forma apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)	168
Sección 1.2	Debemos garantizarle el acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos	169
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal.	169
Sección 1.4	Debemos proporcionarle información sobre el plan, su red de proveedores y los servicios cubiertos	170
Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.	172
Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.....	174
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?	174
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos	175
Sección 1.9	Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.....	175
Sección 1.10	Health Choice Pathway evalúa nuevas tecnologías para su inclusión como beneficio cubierto.	176
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas 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 proporcionar información de forma apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

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 interpreter services available to answer questions from disabled and non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. 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).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services Department by calling, **1-800-656-8991**, 7 days a week, 8:00 a.m. to 8:00 p.m., local time. TTY users please call **711**. You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) for additional information.

Para obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuito y personal disponible para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. Si lo necesita, también podemos brindarle información en español, en Braille, en letras grandes u otros formatos alternativos si cargo. Nuestra obligación es brindarle información acerca de los beneficios del plan de un modo que le resulte sencillo y adecuado. Para obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de este cuadernillo) o comuníquese con nuestro coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún inconveniente para acceder a información que le resulte sencilla y adecuada sobre nuestro plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al **1-800-856-8991**, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para hacer un reclamo. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Además, puede formular una queja ante Medicare, llamando al **1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227)** o comunicándose directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en la Evidencia de Cobertura o en este correo. Además, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (números de teléfonos impresos en la contratapa de este cuadernillo) para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos garantizarle el acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se proporcionan más detalles sobre este tema). Llame a Servicios de Atención para Miembros a fin de conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Como miembro del plan, usted tiene derecho a recibir consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un periodo de tiempo razonable, consulte la Sección 11 del Capítulo 9 de este manual para saber cómo proceder. (Si hemos rechazado la cobertura de su atención médica o de sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9 se explica lo que debe hacer).

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

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

- Su “información de salud personal” incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también sus expedientes clínicos, y demás información médica y sobre su salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos para obtener información y controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, llamado “Aviso de las Normas de Privacidad”, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- En la mayoría de los casos, si entregamos su información de salud a una persona que no le provee atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted*. El permiso por escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener un permiso por escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
- Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar su información de salud a Medicare, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros fines, esto se realizará de acuerdo con las regulaciones y los estatutos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas.

Usted tiene derecho a ver sus expedientes clínicos archivados en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o que corrijamos sus expedientes clínicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información de salud a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

En caso de tener preguntas o dudas con respecto a la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

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

Como miembro de Health Choice Pathway, usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de parte de nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de parte de nosotros de una forma apropiada para usted. Esto incluye obtener información en idiomas que no sean inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También se incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones con estrellas del plan, incluidas las calificaciones que recibió de los miembros del plan y las diferencias con otros planes de salud de Medicare.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el Directorio de proveedores de Health Choice Pathway.
 - Para ver una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el Directorio de farmacias de Health Choice Pathway.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o visitar nuestro sitio web healthchoicepathway.com.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este manual, se describen los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones para su cobertura y las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener información detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este manual y también la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. En estos capítulos y también en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, se detallan los medicamentos que están cubiertos y se explican las normas que usted debe seguir, así como las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene alguna restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a solicitar esta explicación aun si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está satisfecho o en desacuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o el medicamento de la Parte D cubiertos, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si un servicio no está cubierto como considera que debería estar cubierto, consulte el Capítulo 9 de este manual. En este capítulo, se proporcionan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se describen los pasos por seguir para presentar una queja por la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- o Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este manual.

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

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando recibe atención médica. Sus proveedores deben explicarle su problema médico y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Tiene derecho a conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de una investigación experimental. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Tiene derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse del hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder como resultado.
- **Tiene derecho a recibir una explicación si se rechaza la cobertura de su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor le ha rechazado la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este manual, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad grave. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted queda incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos manejen su atención médica si usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados “**testamentos en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una “directiva anticipada”, deberá realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas. También puede llamar a Servicios de Atención para Miembros a fin de solicitar los formularios (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Quizás también le convenga entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesitará estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- En caso de ser hospitalizado, le preguntarán si usted ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si usted no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea completar o no una directiva anticipada (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). De conformidad con la ley, nadie le puede denegar atención ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, podrá presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona. Su dirección es 150 N. 18th Ave, Phoenix, AZ 85007. Número de teléfono para información general y pública: **1-602-542-1025** de lunes a viernes de 8.00 a. m. a 5:00 p. m., fax **1-602-542-0883**, página web: www.azdhs.gov.

Sección 1.6	Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.
--------------------	--

Si tiene algún problema o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, en el Capítulo 9 de este manual le informamos qué puede hacer. Se detalla la manera en que debe proceder en caso de tener cualquier tipo de problema o queja. Lo que debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Podría necesitar solicitarle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para solicitar un cambio de decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	--

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

Si usted considera que lo han tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** o por TTY al **1-800-537-7697**, o bien llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si considera que lo han tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar a Servicios de Atención para Miembros** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Puede llamar a AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS, 1-855-432-7587, TTY 1-800-367-8939** de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Para obtener información sobre la dirección postal y el sitio web de AHCCCS (Medicaid), consulte la Sección 6 del Capítulo 2, al principio de este manual.
- O bien, puede llamar a la Oficina del Defensor del Pueblo de Arizona al **1-602-277-7292**. Llamada gratuita fuera del condado de Maricopa: **1-800-872-2879**. Para obtener información sobre la dirección postal y el sitio web de la Oficina del Defensor del Pueblo de Arizona, consulte la Sección 6 del Capítulo 2, al principio de este manual.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar a Servicios de Atención para Miembros** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus derechos y protecciones de Medicare”. (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.9 Tiene derecho a hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si desea hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.10 Health Choice Pathway evalúa nuevas tecnologías para su inclusión como beneficio cubierto.**

Health Choice Pathway ha establecido un proceso para abordar y evaluar el uso apropiado de nuevos desarrollos en tecnología médica y nuevas aplicaciones de tecnologías existentes para su inclusión como beneficio cubierto. Los nuevos dispositivos y procedimientos médicos son evaluados por el equipo de administración médica de Health Choice Pathway para lo siguiente:

- Mantenerse al día con los cambios continuos en la tecnología médica.
- Asegurar que nuestros miembros reciban una atención segura, eficaz y basada en la evidencia.
- Revisar la información de los organismos reguladores gubernamentales pertinentes, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos.
- Obtener información de especialistas y profesionales con conocimientos únicos sobre la tecnología específica revisada.
- Mantener el cumplimiento de todos los organismos reguladores federales y estatales, así como agencias de acreditación aplicables a los planes de Health Choice Pathway.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan.**Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?**

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Estamos aquí para ayudarlo.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para recibir estos servicios cubiertos.** Utilice este manual de Evidencia de cobertura para conocer los servicios que están cubiertos y las normas que debe seguir para recibir dichos servicios.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar información detallada sobre sus servicios médicos, incluidos los servicios que están cubiertos, los servicios que no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que usted debe pagar.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informarnos al respecto.** Llame a Servicios de Atención para Miembros para informarnos (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Estamos obligados a cumplir las normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en combinación cuando reciba los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama **“coordinación de beneficios”** porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene de nuestro plan con otros beneficios de salud y medicamentos disponibles para usted. Nosotros lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y demás proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore con sus médicos y demás proveedores para que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y demás proveedores de salud a brindarle la mejor atención posible, obtenga toda la información que pueda sobre sus problemas de salud, y brinde la información que ellos requieran sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y sus médicos han acordado.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si formula una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que ayude a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe pagar las primas del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - A fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de Health Choice Pathway, AHCCCS (Medicaid) paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si AHCCCS (Medicaid) no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o medicamento. Esto puede ser un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se especifica lo que usted debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se especifica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- Si usted recibe servicios médicos o medicamentos no cubiertos por nuestro plan u otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo total.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este manual para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
 - En caso de que deba pagar el monto adicional de la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en su última declaración de impuestos), usted debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si usted va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, *no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.*** (En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se muda fuera de nuestra área de servicio, tendrá un Periodo especial de inscripción durante el cual podrá afiliarse a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva zona. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, aún nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
 - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios de Atención para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.** También aceptamos sugerencias que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y el horario de atención de los Servicios de Atención para Miembros aparecen en la contraportada de este manual.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

*Qué hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	183
Sección 1.1	Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	183
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales?	183
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.	184
Sección 2.1	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	184
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	187
Sección 3.1	¿Debería utilizar el proceso de beneficios de Medicare o de AHCCCS (Medicaid)?	187
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>		188
SECCIÓN 4	Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de <u>Medicare</u>	188
Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para presentar quejas?	188
SECCIÓN 5	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	189
Sección 5.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades	189
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación	191
Sección 5.3	¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?	192
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	192
Sección 6.1	En esta sección se describen los pasos por seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted desea solicitar un reembolso por nuestra parte del costo de su atención.	192
Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que usted desea)	194
Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura por atención médica tomada por nuestro plan).....	198
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2	201

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

Sección 6.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de una factura que usted ha recibido por atención médica?.....	204
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	205
Sección 7.1	En esta sección se describen los pasos por seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D.	205
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	207
Sección 7.3	Puntos importantes para tener en cuenta al solicitar excepciones	209
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	209
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)	213
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	216
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	218
Sección 8.1	Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos.....	219
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	220
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.....	224
Sección 8.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	225
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	228
Sección 9.1	<i>En esta sección, se describen tres servicios solamente:</i> Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).....	228
Sección 9.2	Le informaremos con anticipación cuándo termina su cobertura.....	229
Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	229
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	232
Sección 9.5	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?	233

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

SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles más avanzados	236
Sección 10.1	Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico.....	236
Sección 10.2	Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes por medicamentos de la Parte D	238
SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	239
Sección 11.1	¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?	239
Sección 11.2	“Presentar una queja” se conoce formalmente como “presentar una queja formal”.....	242
Sección 11.3	Paso a paso: Presentar una queja	242
Sección 11.4	También puede presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	243
Sección 11.5	También puede presentar su queja a Medicare.	244
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE AHCCCS (MEDICAID)	244	
SECCIÓN 12	Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)	244

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o AHCCCS (**Medicaid**). Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de AHCCCS (Medicaid) o ambos, comuníquese con los Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
2. El tipo de problema que usted tiene:
 - o Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
 - o Para otros tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y rápido de sus problemas, cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál de los dos procesos debe utilizar? En la Sección 3, se incluye una guía que lo ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificar, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con términos más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo se usa en general la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con más claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarlo a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

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

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros.

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces, el inicio o seguimiento de un proceso para tratar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente.

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Sin embargo, en algunas situaciones, también necesitará ayuda o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. Puede contactar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)** cuando lo desee. Este programa gubernamental cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa lo pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual.

También puede obtener ayuda e información de Medicare.

Para obtener más información y ayuda en caso de tener algún problema, también puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

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

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

Puede obtener ayuda e información de AHCCCS (Medicaid).

Método	Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) - AHCCCS (Medicaid): información de contacto
LLAME AL	1-855-HEA-PLUS 1-855-432-7587 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto días festivos estatales.
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	AHCCCS 801 E Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

Puede obtener ayuda e información del Programa del Defensor del Pueblo para la Asistencia Ciudadana del Estado de Arizona.

Método	Programa del Defensor del Pueblo para la Asistencia Ciudadana del Estado: información de contacto
LLAME AL	1-602-277-7292 Llamada gratuita fuera del condado de Maricopa: 1-800-872-2879 Abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., excepto los días festivos estatales.
ESCRIBA A	Arizona Ombudsman- Citizen's Aide 7878 N. 16 th Street Suite 235 Phoenix, AZ 85020
SITIO WEB	www.azoca.gov

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

Puede obtener ayuda e información del Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona.

Método	Programa de Defensor del Pueblo del Cuidado a Largo Plazo del Estado de Arizona: información de contacto
LLAME AL	1-602-542-6454 Agencia de Área sobre el Envejecimiento, Región Uno, Condado de Maricopa 1-602-264-2255 Consejo del norte de Arizona sobre el Envejecimiento, condados de Yavapai, Coconino, Navajo y Apache 1-877-521-3500 Consejo del oeste de Arizona sobre el Envejecimiento, condados de Mohave, La Paz y Yuma 1-928-217-7114 Consejo de Pinal-Gila para personas mayores, condados de Pinal y Gila 1-520-836-2758 Organización de gobiernos del sureste de Arizona, condados de Cochise, Graham, Greenlee y Santa Cruz, 1-520-432-2528 Agencia de Área sobre el Envejecimiento de Navajo, Nación Navajo 1-602-542-6454 o 1-602-542-6432 21 Naciones Tribales, Consejo Intertribal de Arizona 1-602-254-4822 Abierto de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los días festivos estatales.
ESCRIBA A	Office of the State Long Term Care Ombudsman Division of Aging and Adult Services 1789 W Jefferson Ave, 950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	<u>www.azoca.gov</u>

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

Puede obtener ayuda e información de Livanta

Método	Información de contacto de Livanta, LLC (Organización para el Mejoramiento de la Calidad en Arizona)
LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere de un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.bfccqioarea5.com

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

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso de beneficios de Medicare o de AHCCCS (Medicaid)?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de AHCCCS (Medicaid), cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para resolver un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de AHCCCS (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por AHCCCS (Medicaid), debe utilizar el proceso de AHCCCS (Medicaid). Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con los Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

El proceso de Medicare y el proceso de AHCCCS (Medicaid) se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

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

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ.**

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de AHCCCS (Medicaid)?

(Si desea recibir ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de AHCCCS (Medicaid), comuníquese con los Servicios de Atención para Miembros. Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la próxima parte de este capítulo, **Sección 4: “Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de AHCCCS (**Medicaid**).

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo: “Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de AHCCCS (Medicaid)”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debería usar el proceso para presentar quejas?
-------------	--

Si tiene algún problema o inquietud, solo debe consultar las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trate sobre problemas o quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

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

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud relacionados con los beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

¿Su problema o inquietud están relacionados con sus beneficios o la cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 5: “Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otras inquietudes”**.

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de tener problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluidos problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. Es decir, si necesita saber si

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

cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se rechaza una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero dicha persona no está legalmente autorizada para hacerlo, o si usted pide retirar su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos una notificación donde se explicará el motivo por el cual se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estamos cumpliendo con todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de revisar su apelación. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura. En circunstancias limitadas, se rechaza una solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero dicha persona no está legalmente autorizada para hacerlo, o si usted pide retirar su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos una notificación donde se explicará el motivo por el cual se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si contestamos negativamente a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es conducida por una Organización de Revisión Independiente que no está relacionada con nosotros.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está conforme con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles adicionales de apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a los Servicios de Atención para Miembros** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- **Puede obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
 - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2. Para solicitar una apelación posterior al Nivel 2, debe nombrar a su médico como su representante.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación posterior al Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser nombrado su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Puede haber alguna persona que ya se encuentra legalmente autorizada para actuar como su representante según las leyes del Estado.
 - Si usted desea nombrar a un amigo, familiar, médico u otro proveedor, o bien a otra persona como su representante, llame a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) y solicite el formulario “Designación de representante”. (El formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

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

Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, presentamos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en un hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria [CORF]*).

Si aún no está seguro de qué sección debe consultar, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este manual, encontrará los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de los “conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta sección se describen los pasos por seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted desea solicitar un reembolso por nuestra parte del costo de su atención.

En esta sección, se incluye información sobre sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios médicos” en cada ocasión. El término

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

“atención médica” incluye suministros y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos recetados de la Parte B de las normas para los suministros y servicios médicos.

En esta sección se explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea proporcionarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo, y que nosotros hemos aprobado previamente, se reducirá o cancelará, y considera que eso podría perjudicar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se va a interrumpir es por cuidado hospitalario, atención médica en el hogar, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF), usted deberá consultar otra sección de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estos tipos de atención. Esta es la sección que debe consultar en esas situaciones:

- Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
- Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto.* En esta sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones en que se le informa que la atención médica que ha estado recibiendo se cancelará, lea esta sección (Sección 6) como guía sobre qué hacer.

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

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para averiguar si cubriremos la atención médica que desea.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Continúe con la próxima sección de este capítulo, la Sección 6.2 .
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico del modo que usted quisiera que se cubriera o pagara.	Usted puede presentar una apelación . (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la Sección 6.3 de este capítulo.
Desea solicitarnos que le reembolsemos los gastos por atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Pase directamente a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por la atención médica que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una decisión de cobertura rápida.

Términos legales

Una decisión de cobertura rápida se denomina “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que usted desea

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante.

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

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada “*Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por su atención médica*”.

Generalmente, utilizamos los plazos estándar para comunicarle nuestra decisión.

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos rápidos. **Una decisión de cobertura estándar significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **por un suministro o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- Para una solicitud **por un suministro o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario** más si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como por ejemplo, expedientes clínicos de proveedores fuera de la red) que lo pueda beneficiar. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida.

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un suministro o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas.**
 - **Para una solicitud de un suministro o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que pueda beneficiarlo (como, por ejemplo, registros médicos de proveedores fuera de la red), o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de extender el plazo. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.

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

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está solicitando cobertura por atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica que ya ha recibido).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándar, *tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar).
 - En esta carta se le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - En la carta también se le informará cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, para obtener decisiones de cobertura rápidas para una solicitud de un suministro o servicio médicos, le informaremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, el plazo se puede extender hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más

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

información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

- o Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo), o dentro de las 24 horas siguientes, si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la siguiente Sección 6.3 describimos los pasos por seguir para presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita detallada para explicarle por qué nuestra respuesta fue negativa.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar”

- Generalmente, para obtener decisiones de cobertura estándar para una solicitud de un suministro o servicio médico, le informaremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario después de haber recibido su solicitud**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - o Para una solicitud de un suministro o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (un plazo de tiempo extendido) bajo ciertas circunstancias. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - o Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
 - o Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo), o dentro de las 72 horas siguientes, si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, tiene derecho a apelar. En la siguiente Sección 6.3 describimos los pasos por seguir para presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta fue negativa.

Paso 3: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos (y tal vez que cambiemos) esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa que hará otro intento por obtener la cobertura de atención médica que usted desea.

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

- Si decide presentar una apelación, eso significa que usted ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura por atención médica tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama “ reconsideración ” del plan.
--

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta la apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la parte titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*).
 - Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un Formulario para Designación de Representante en el que usted autorice a esa persona a que lo represente. (Para obtener el formulario, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros [los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual] y solicite el formulario “Designación de Representante”. El formulario también se encuentra disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se rechazará. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitarle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

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

- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos por teléfono** al número indicado en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación por su atención médica*).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo por el que su apelación se retrasó cuando presente su apelación. Le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede comunicarse por teléfono con nosotros para presentar una solicitud)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún 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 se deben cumplir para obtener una decisión de cobertura rápida. Para “solicitar una apelación rápida”, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describen más arriba en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le otorgaremos una apelación rápida.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.

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

- De ser necesario, reunimos más información. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un suministro o servicio médico. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, incluimos más información sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos de forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta a una solicitud de suministro o servicio médico **dentro de los 30 días calendario** después de haber recibido su apelación si su apelación es sobre cobertura por servicios que usted aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que usted aún no ha recibido, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita una extensión del plazo o si nosotros necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más** en caso de que su solicitud sea por un suministro o servicio médico. Si decidimos que necesitamos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

- o Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- o Si no le informamos nuestra respuesta antes del plazo mencionado (o al final del plazo extendido si tomamos días adicionales en su solicitud de suministro o servicio médico), estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. En este caso, será sometida a revisión por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de los 30 días calendario si su solicitud es para suministro o servicio médico; o bien, **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos de forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su apelación se traslada al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

- Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se denomina “IRE”.

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

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si usted presentó una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación “rápida” en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación rápida a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá 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** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un suministro o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted presentó una apelación “estándar” en el Nivel 1, también tendrá una apelación “estándar” en el Nivel 2.

- Si usted presentó una apelación estándar a nuestro plan en el Nivel 1, automáticamente recibirá una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un suministro o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es para un suministro o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es total o parcialmente positiva a su solicitud por un suministro o servicio médico,** nosotros debemos
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o
 - proveer el servicio dentro de los **14 días calendario** posteriores a haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente para las **solicitudes estándar** o
 - proveer el servicio **dentro de las 72 horas** posteriores a la fecha en la que el plan reciba la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es total o parcialmente positiva a su solicitud por un medicamento recetado de la Parte B de Medicare,** nosotros debemos
 - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare en disputa **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes estándar** o
 - **dentro de las 24 horas** posteriores a la fecha en la que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente para **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa,** significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a realizar 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 solicita debe alcanzar un valor mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, no podrá presentar otra apelación; lo que significa que la decisión tomada en el Nivel 2 es definitiva. En el aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le informará sobre cómo conocer el valor en dólares para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.

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

- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2 se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reembolsemos nuestra parte del costo de una factura que usted ha recibido por atención médica?

Si usted ya ha pagado un servicio o suministro de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero (por lo general, el pagarle el dinero a usted se denomina “reembolso”). Usted tiene derecho a recibir el reembolso por parte de nuestro plan cuando haya pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura.

Si nos envía la documentación en la que solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que usted paga]*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este manual: *Usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud.

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo por su atención médica en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

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

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3.

Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. (Si solicita un reembolso por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de los “conceptos básicos” de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1	En esta sección se describen los pasos por seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted desea solicitarnos un reembolso por un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan. Para tener cobertura, el medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

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

- **Esta sección se refiere solamente a sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener más detalles sobre lo que significa medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, normas y restricciones de cobertura e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Usar la cobertura de nuestro plan para medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Tal como se analizó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus medicamentos de la Parte D:

- Usted nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
 - Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
 - Usted nos solicita que no apliquemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan, pero le exigimos obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede surtir tal como se indica, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito y brindará información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

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

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la tabla figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si usted necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción a algún medicamento que cubrimos.	Usted nos puede solicitar que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
Si usted desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Usted puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase directamente a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si usted desea solicitarnos un reembolso del costo de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Usted puede solicitarnos que le rembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase directamente a la Sección 7.4 de este capítulo.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera que se cubriera o pagara.	Usted puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. Entonces, nosotros consideraremos su solicitud. A continuación detallamos dos ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

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

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. (La llamamos la “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde para todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.

Se establecen normas o restricciones adicionales que se aplican para ciertos medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
 - *Estar obligado a usar la versión genérica* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por anticipado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites en la cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Puntos importantes para tener en cuenta al solicitar excepciones****Su médico debe especificar las razones médicas**

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión rápida, incluya esta información de salud de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. En caso de que un medicamento alternativo pueda tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no cause más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud.

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si respondemos negativamente a su solicitud para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 7.5 de este capítulo se describen los pasos que debe seguir para presentar una apelación si nuestra respuesta es negativa.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos o pagos que usted necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una decisión de cobertura rápida. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro recetador) puede hacer esto. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la parte titulada *Cómo puede contactarse con nosotros para solicitar una decisión de*

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

*cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D. O si nos está solicitando un reembolso por un medicamento, consulte la parte titulada *Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o por un medicamento que usted ha recibido.**

- **Usted, su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5.2 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. Usted también puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, primero consulte el Capítulo 7 de este manual: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la declaración de apoyo**. Su médico u otro recetador debe explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que usted solicita. (A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 7.2 y 7.3 de este capítulo para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- Usted o su médico pueden enviar una solicitud de cobertura o una solicitud de excepción al formulario para un medicamento recetado de la Parte D a través del portal en línea del plan en <https://HealthChoice.PromptPA.com>.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida.

Términos legales
Una decisión de cobertura rápida se denomina “determinación de cobertura acelerada”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

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

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si solicita un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reembolso por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida solo si, con la aplicación de los plazos estándar, *tanto su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida (sin el respaldo de su médico o de otro recetador) decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar).
 - En esta carta se le informará que, si su médico u otro recetador solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
 - En la carta también se le informará cómo puede presentar una queja sobre nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se le informa cómo presentar una queja “rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su queja. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.***Plazos para una decisión de cobertura “rápida”***

- En caso de utilizar los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión

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

Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.
 - Generalmente, esto significa dentro de las 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a parte o a toda su solicitud es afirmativa:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

Plazos para una decisión de cobertura “estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

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

- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo proceder con la apelación.

Paso 3: Si contestamos negativamente a su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si contestamos negativamente, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedir que reconsideremos, y tal vez que cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	--

Términos legales

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina una “redeterminación” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1.

Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una “apelación rápida”.

Qué debe hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la parte titulada *Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación enviando una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que se muestra en la Sección 1 del Capítulo 2** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- Usted o su médico pueden presentar una apelación por un medicamento recetado de la Parte D a través del portal en línea del plan en **<https://HealthChoice.PromptPA.com>**.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: si usted tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su apelación y agregar más información.**
 - o Usted tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
 - o Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Términos legales
Una apelación rápida también se denomina “redeterminación acelerada”.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador si requiere una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que corresponden para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro recetador para obtener más información.

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

Plazos para una apelación “rápida”

- En caso de utilizar los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, deberá solicitar una apelación rápida.
 - Si no le informamos nuestra decisión dentro de los 7 días calendario, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta a parte o a toda su solicitud es afirmativa:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiera su estado de salud, pero **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos su solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos que darle una respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

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

- o Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 14 días calendario, estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita en la que le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se trasladará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información a continuación).

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación. Si usted decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analiza nuestra decisión cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina “ IRE ”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su Apelación de Nivel 1, en el aviso escrito que le enviamos se incluirán **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión.

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

- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su expediente del caso. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

Plazos para apelaciones “rápidas” en el Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.
- Si la organización de revisión decide otorgarle una apelación rápida, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización de revisión.

Plazos para apelaciones “estándares” en el Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita el reembolso de un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura del medicamento** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización de revisión.

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

- o Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago a usted dentro de los 30 días calendario** de haber recibido nosotros la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización acuerda con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a realizar una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, usted no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el Nivel 2 será definitiva. Mediante el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará 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 solicita cumple el requisito, debe elegir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

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

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal hospitalario trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **“fecha de alta”**.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal hospitalario se la informarán.
- Si considera que le están dando el alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

Sección 8.1	Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos.
--------------------	--

Durante su hospitalización cubierta, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son hospitalizadas. Algún integrante del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero) debe entregarle este aviso dentro de los dos días después de haber sido internado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Se le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluido lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su hospitalización y a conocer quién pagará por esta.
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión de la fecha de su alta del hospital si considera que es demasiado pronto.

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

Términos legales

El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria. (En la Sección 8.2 a continuación, le informamos cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo y demostrar que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 5.2 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve su copia del aviso para tener la información a mano, en caso de necesitarla, sobre cómo presentar una apelación (o informar sobre alguna inquietud por la calidad de atención).

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o llame al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 8.2

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

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

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

Paso 1: Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión rápida de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una revisión rápida también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare paga esta organización para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O bien, para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de abandonar el hospital y **a más tardar a la medianoche del mismo día en que le den el alta**. (Su fecha de alta programada es la fecha que se ha fijado para que usted salga del hospital).
 - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar la estadía* mientras espera la decisión de su apelación por parte de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

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

- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y usted aún desea apelar, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una revisión rápida:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **revisión rápida** de su alta. Solicitar una revisión rápida significa que está solicitando que la organización aplique los plazos rápidos para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “ revisión rápida ” también se denomina “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información proporcionada por nosotros y por el hospital.
- Antes del mediodía del día posterior en el que los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito en el que se informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

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

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina “**Aviso detallado de alta**”. Puede obtener una muestra de este aviso llamando a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual) o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). O puede ver un ejemplo del aviso en línea, ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

Paso 3: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean necesarios por razones médicas.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía de la fecha después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.**
- Si la respuesta de la organización de revisión a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación y usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y le informarán su decisión.***Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:***

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura de su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

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

- En el aviso que reciba, se le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. Además, se le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será analizado por un Juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación pasando al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, usted puede presentar una apelación con nosotros.

Cómo ya se explicó en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación por su alta del hospital. (Rápidamente significa antes de salir del hospital y no más tarde que su fecha de alta programada, lo que ocurra primero). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una revisión rápida.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica.*

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

- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En este caso, aplicaremos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que su hospitalización debe prolongarse después de la fecha de alta y que continuaremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida,** significa que consideramos que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció hospitalizado *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando respondemos negativamente a su apelación rápida. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

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

Términos legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se denomina “**IRE**”.

Paso 1: Su caso se remitirá automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo, u otros plazos, podrá presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos por seguir para presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa*,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa*,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
 - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le informará, por escrito, cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Se le informará acerca de los detalles sobre cómo continuar con el Nivel 3 de apelación, que es manejado por un Juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

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

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1	<i>En esta sección, se describen tres servicios solamente: Servicios de atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)</i>
--------------------	--

En esta sección, se describen *solamente* los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica en el hogar** que usted recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada (Para conocer los requisitos que se deben reunir para ser considerado un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centros, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, usted tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidas su parte de los costos y las limitaciones que se pueden aplicar en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este manual: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención*.

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

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo termina su cobertura.

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Usted recibirá un aviso al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención.
 - En el aviso escrito se informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - En el aviso escrito también se informa cómo debe proceder si desea solicitar que nuestro plan cambie la decisión acerca de cuándo finalizar su atención y prolongue la cobertura por más tiempo.

Términos legales

En el aviso escrito se le informa sobre lo que usted puede hacer; es decir, se le indica cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención. (La Sección 9.3 a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida).

El aviso escrito se denomina **“Aviso de no cobertura de Medicare”**.

2. **Debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo.**
 - Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (En la Sección 5.2 se explica cómo puede conceder un permiso por escrito a una persona para que actúe como su representante).
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con el plan en que es momento para finalizar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.

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

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se explican los pasos por seguir para presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales expertos en atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y llevan a cabo una revisión de las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que usted recibe, se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O bien, para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual).

¿Qué debe solicitar usted?

- Solicite a esta organización una “apelación rápida” (para realizar una revisión independiente) para verificar si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia establecida en el Aviso de no cobertura de Medicare.
- Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y aún desea apelar, podrá presentar la apelación directamente con nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

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

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha entregado.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación; y también le proporcionaremos un aviso escrito en el que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales

Este aviso con explicaciones se denomina “**Explicación detallada de no cobertura**”.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la prestación de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, se pueden establecer limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este manual).

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, entonces podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que analice nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos**

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

continuar proporcionando cobertura de atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas.

- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos para su Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que reciba, se le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. Además, se le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será analizado por un Juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En su lugar, usted puede presentar una apelación con nosotros.

Cómo ya se explicó en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Si usted no cumple el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una revisión rápida. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

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

A continuación, se presentan los pasos por seguir para presentar una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos rápidos en lugar de plazos estándar.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos con respecto a la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.
- Aplicaremos los plazos “rápidos” en lugar de los plazos estándar para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas después de haber solicitado una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la prestación de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si usted aún recibió atención médica en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su apelación rápida. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se denomina “ IRE ”.

Paso 1: Su caso se remitirá automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo, u otros plazos, podrá presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos por seguir para presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta dentro de las 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea necesario por razones médicas. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.

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

- Si esta organización contesta **negativamente a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
 - En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le informará, por escrito, cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación se presenta ante un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a otros niveles más avanzados

Sección 10.1 Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del suministro o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos referentes a las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del mediador independiente con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones **puede o no haber finalizado**. Decidiremos si apelaremos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una

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

decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del mediador independiente con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el mediador independiente contesta negativamente a su apelación, en el aviso que reciba se le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.** Decidiremos si presentaremos una apelación de esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del suministro o servicio médico cumple con el valor en dólares requerido.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito también se le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

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

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 **Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes por medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 y ambas han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos por los que usted apeló alcanza un cierto monto en dólares, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no podrá continuar apelando. En la respuesta por escrito que reciba por su Apelación de Nivel 2 se le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos referentes a las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o el mediador independiente **dentro de las 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el mediador independiente contesta negativamente a su apelación, en el aviso que reciba se le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas**

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

en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario después de haber recibido la decisión.

- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* haber finalizado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso por escrito también se le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes



Si su problema es por decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección *no le concierne*. En su lugar, usted deberá recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. A continuación, presentamos algunos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

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

Si usted tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “presentar una queja”.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho de privacidad o divulgó información acerca de su persona que considera debería ser confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente de atención al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con el trato que ha recibido por parte de los Servicios de Atención para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para agendar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal de los Servicios de Atención para Miembros o de otras áreas del plan? ○ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir medicamentos recetados o en la sala de exámenes médicos.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o con el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos? • ¿Considera que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?

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

Queja	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si usted nos ha solicitado una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para otorgarle una decisión de cobertura o responder a una apelación que ha solicitado o presentado, usted puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinados plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con estos plazos, usted puede presentar una queja. • En caso de no otorgarle una decisión en tiempo y forma, estamos obligados a remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, usted puede presentar una queja.

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

Sección 11.2 “Presentar una queja” se conoce formalmente como “presentar una queja formal”.

Términos legales

- Lo que en esta sección se denomina como **“queja”** también se denomina como **“queja formal”**.
- Otra forma de decir **“presentar una queja”** es **“presentar una queja formal”**.
- Otra forma de decir **“usar el proceso para presentar una queja”** es **“usar el proceso para presentar una queja formal”**.

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Contáctenos inmediatamente (por teléfono o por escrito).

- **Generalmente, llamar a los Servicios de Atención para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, los Servicios de Atención para Miembros se lo informarán. El número telefónico de Servicios de Atención para Miembros es **1-800-656-8991 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si expresa su queja por escrito, también se la responderemos por escrito.
- En la queja, incluya la fecha en que ocurrió el incidente y una descripción detallada del evento o incidente. Envíe su queja por correo a Health Choice Pathway, Attn: Quality Management, 410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix, AZ 85008 dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente. La queja formal/queja se investigará e indagará a fondo dentro del departamento de Gestión de Calidad de Health Choice Pathway.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicios de Atención para Miembros de inmediato.** La queja debe presentarse dentro de los 60 días calendario posteriores a la ocurrencia del problema por el que desea presentar la queja.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si usted tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**

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

Términos legales

Lo que en esta sección se denomina “**queja rápida**” también se denomina “**queja formal acelerada**”.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante la misma llamada. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted solicita una extensión, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que justifiquen esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Puede presentarnos su queja relacionada con la calidad de la atención que recibió, utilizando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja sea por la *calidad de la atención*, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si usted lo prefiere, puede presentar su queja por la calidad de la atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.
 - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este manual. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O bien, puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente.** Si lo desea, puede presentarnos la queja por la calidad de la atención y también ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 11.5 También puede presentar su queja a Medicare.**

Puede presentar una queja sobre Health Choice Pathway directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no se está ocupando de su problema, comuníquese al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE AHCCCS (MEDICAID)**SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de AHCCCS (Medicaid)**

Medicaid (AHCCCS): Proceso de apelaciones y audiencias imparciales del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona

Derecho de los miembros a solicitar una apelación sobre una acción adversa según el Proceso de apelaciones y audiencias estatales imparciales

Health Choice Arizona (HCA) puede denegar los servicios que solicita su médico. HCA también puede limitar o interrumpir la atención que había aprobado previamente. Si esto sucede, usted recibirá una carta de HCA denominada Aviso de acción. El Aviso de acción (NOA) incluye los motivos de la decisión de HCA. HCA le informará sobre la ley, norma o política que se utilizó para tomar su decisión y la fecha en que HCA tomó dicha decisión. En el Aviso de acción se le informará sobre cómo solicitar a HCA que revise la decisión. Esta revisión se llama apelación. En el Aviso de acción se le indicará cómo puede seguir recibiendo atención durante el proceso de apelaciones. En el Aviso de apelación también se explica que, si pierde la apelación, usted tendrá que pagar la atención que recibió durante el proceso de apelaciones. Antes de presentar una apelación, consulte con su médico porque es posible que tenga un plan de atención diferente que puede estar cubierto.

Solicitud de apelación

Puede solicitar una apelación si recibe un Aviso de acción. Usted puede solicitar la apelación llamando a Health Choice Arizona (HCA) al teléfono **1-480-968-6866** (en el condado de Maricopa) o al **1-800-322-8670 (TTY 711)** (fuera del condado de Maricopa), o escribiendo una carta a HCA. Su carta de apelación debe enviarse directamente a HCA. No envíe su apelación a AHCCCS (Medicaid). Debe enviar su apelación a HCA dentro de los 60 días posteriores a la fecha indicada en el Aviso de acción.

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

HCA tiene cinco (5) días hábiles para enviarle una carta para informarle que hemos recibido su apelación. Puede enviar a HCA más información sobre su atención antes de que tomemos una decisión sobre su apelación. También puede consultar toda la documentación que HCA utilizó para tomar su decisión en cualquier momento durante el proceso de apelaciones.

Uso de un representante

Si no puede presentar una apelación por su cuenta, tiene derecho a que alguien la presente por usted. Esta persona se llama representante. Si desea que un representante lo ayude con su apelación (como un familiar, un amigo, un clérigo o incluso su médico), debe informarle a Health Choice Arizona que está permitiendo que lo ayuden enviándonos una carta en la que se nos informa que desea permitir que su representante presente la apelación en su nombre. Envíe la carta a: **Health Choice Arizona**. Attention: Member Appeals, 410 N. 44th St, Ste. 900 Phoenix, AZ 85008. Número de teléfono dentro del condado de Maricopa: **1-480-968-6866**, TTY **711**. Número de teléfono fuera del condado de Maricopa: **1-800-322-8670**, TTY **711**.

Si necesita ayuda para presentar una apelación, pero no tiene a alguien que pueda ayudarlo, el Aviso de acción tiene una lista de agencias que pueden ayudarlo con su apelación. Si necesita otra lista, llame a Servicios de Atención para Miembros de Health Choice Arizona. Su médico también puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que su médico solicite su apelación, debe otorgar permiso a su médico, por escrito, para que solicite la apelación. Si desea seguir recibiendo atención durante el proceso de apelación, debe seguir las normas que se establecen en la sección titulada “Recibir beneficios continuos” en el Aviso de acción. Envíe una carta o llámenos: Health Choice Arizona. Attention: Member Appeals/Compliance, 410 N. 44th St, Ste. 900 Phoenix, AZ 85008. Número de teléfono dentro del condado de Maricopa: **1-480-968-6866**. Número de teléfono fuera del condado de Maricopa: **1-800-322-8670**, TTY **711**.

Decisión de apelación

Health Choice Arizona hará que alguien que no haya examinado su caso antes revise su expediente. Después de que Health Choice Arizona haya examinado su caso, le enviaremos una carta informándole nuestra decisión. Esta carta se llama Aviso de resolución de apelación. El Aviso de resolución de apelación se le enviará por correo dentro de los 30 días para una apelación estándar, o dentro de las 72 horas para una apelación acelerada.

Apelación acelerada

Puede solicitarle a Health Choice Arizona que tome una decisión más rápido, en caso de que esperar 30 días pudiera causar un daño grave a su salud, a su vida o a su capacidad para recuperarse o seguir desempeñándose al máximo nivel. Health Choice Arizona le informará si están de acuerdo en que se deba tomar una decisión rápida. Si Health Choice Arizona no está de acuerdo con la necesidad de tomar una decisión rápida, lo llamaremos para informarle que la tomaremos en un plazo de 30 días. También le informaremos cómo presentar una queja formal si no está de acuerdo. También le enviaremos una carta para informarle que se rechazó su solicitud de apelación rápida. Si Health Choice Arizona toma una decisión rápida, intentaremos llamarlo por teléfono. Health Choice Arizona lo llamará dentro de las 72 horas y le informará su decisión sobre la apelación. Health Choice Arizona también le enviará una carta dentro de los tres (3) días hábiles para informarle la decisión. Esta carta se denomina Aviso de resolución de apelación acelerada.

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

Aviso de extensión

Health Choice Arizona responderá su solicitud de apelación lo antes posible. Sin embargo, a veces es conveniente para usted que se tome más tiempo. Si Health Choice Arizona necesita más de 72 horas para una apelación acelerada o 30 días para una apelación estándar para obtener toda la información necesaria para realizar una revisión completa de su apelación, se lo informaremos enviándole una carta. Mediante esta carta, se extiende el plazo para tomar una decisión de apelación, 14 días más. Si usted necesita más de 30 días para obtener toda la información necesaria para su apelación, puede solicitar 14 días adicionales para obtener información adicional para su apelación ante Health Choice Arizona.

Derecho de los miembros a solicitar una audiencia sobre la decisión de apelación de Health Choice Arizona

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la apelación, puede solicitar una audiencia estatal imparcial. Debe solicitar una audiencia estatal imparcial por escrito. Usted tiene 120 días, a partir de la fecha en que recibe el Aviso de resolución de apelación, para solicitar una audiencia estatal imparcial. Si desea seguir recibiendo atención durante el proceso de audiencia, debe seguir las normas que se establecen en la sección titulada Recibir beneficios continuos. Envíe su solicitud para una audiencia estatal imparcial a: Health Choice Arizona. Attention: Member Appeals, 410 N. 44th St, Ste. 900 Phoenix, AZ 85008. Número de teléfono dentro del condado de Maricopa: **1-480-968-6866**. Número de teléfono fuera del condado de Maricopa: **1-800-322-8670**, TTY **711**.

Después de solicitar una audiencia estatal imparcial, recibirá un Aviso de audiencia de AHCCCS (Medicaid). En el Aviso de audiencia se le informará la ley, norma o política que se utilizará en la audiencia, así como dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. AHCCCS (Medicaid) también le enviará información sobre el proceso de audiencia y sobre cómo puede solicitar una audiencia por teléfono. Usted puede hablar por sí mismo en la audiencia u otorgar un permiso por escrito a un abogado, pariente, amigo o cualquier otra persona para que lo represente en la audiencia. Usted (y la persona que lo ayude) puede consultar todos los documentos que se utilizarán en la audiencia. También puede traer a la audiencia a alguien que conozca su caso; y también puede traer información adicional sobre su caso a la audiencia.

Audiencia estatal imparcial

Un juez de derecho administrativo celebrará la audiencia estatal imparcial. El juez escuchará todo lo que se diga en la audiencia y analizará todos los documentos utilizados en la audiencia. Después de la audiencia, el juez enviará una decisión recomendada a AHCCCS (Medicaid). AHCCCS (Medicaid) analizará la decisión recomendada y estará de acuerdo con ella, la modificará o la rechazará. AHCCCS (Medicaid) le enviará una carta con su decisión. Esta carta se llama decisión del director. Mediante la decisión del director se le informará si está de acuerdo o no con usted y la razón por la que está de acuerdo o en desacuerdo con usted. AHCCCS (Medicaid) enviará la decisión del director aproximadamente 90 días después de la audiencia estatal imparcial. En esta decisión también se le informará si usted tiene derechos para seguir apelando.

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

Si solicita una audiencia estatal imparcial acelerada, AHCCCS (Medicaid) enviará por correo la decisión del director dentro de los tres días hábiles a partir de la fecha en que AHCCCS (Medicaid) reciba su expediente.

Si la audiencia estatal imparcial no resulta a su favor, la decisión del director también le informará que usted debe pagar por la atención que recibió durante el proceso de la audiencia estatal imparcial.

Recibir beneficios continuos

Usted puede seguir recibiendo atención durante los procesos de apelación y audiencia estatal imparcial si se cumplen todas las condiciones que se mencionan a continuación:

- Health Choice Arizona finaliza o limita la atención que el plan había aprobado.
- Un proveedor aprobado es quién solicitó la atención.
- El plazo establecido para la aprobación no ha terminado.
- Usted solicitó seguir recibiendo atención.
- Usted envía a Health Choice Arizona su apelación antes de que Health Choice Arizona finalice o limite el tratamiento, o dentro de los diez (10) días posteriores a la fecha del Aviso de acción, lo que ocurra más tarde.

Usted continuará recibiendo atención hasta que ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- Usted solicita detener la apelación o la audiencia estatal imparcial.
- Usted no solicita atención continua y no solicita una audiencia dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que Health Choice Arizona le envía el Aviso de resolución de apelación.
- La decisión de la audiencia estatal imparcial no es a su favor.
- Finaliza el plazo de la primera autorización de Health Choice Arizona para su atención.

Tenga en cuenta lo siguiente: Usted tendrá que pagar por toda la atención que reciba si la decisión de la apelación o de la audiencia estatal imparcial no es a su favor.

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía
en el plan*

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	250
Sección 1.1	Este capítulo se refiere a la cancelación de su membresía en nuestro plan.	250
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	250
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid).	250
Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual.....	251
Sección 2.3	Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripciones abiertas de Medicare Advantage.	252
Sección 2.4	En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial.	253
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?	254
SECCIÓN 3	¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?	255
Sección 3.1	Normalmente, usted cancela su membresía inscribiéndose en otro plan.....	255
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	256
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan.	256
SECCIÓN 5	Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en el plan en ciertos casos.	257
Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?	257
Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.	258
Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	258

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se refiere a la cancelación de su membresía en nuestro plan.
--------------------	---

La cancelación de su membresía en Health Choice Pathway puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
 - Se establecen ciertos periodos durante el año, o ciertas situaciones, en las que usted puede cancelar su membresía en el plan de forma voluntaria. En la Sección 2 se le informa cuándo puede cancelar su membresía en el plan. La Sección 2 incluye información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comienza la inscripción en su nueva cobertura.
 - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La Sección 3 le explica *cómo* puede cancelar su membresía según cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. En la Sección 5 se informa sobre las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica por medio de nuestro plan hasta la finalización de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertas épocas del año, conocidas como periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el periodo de inscripción anual y durante el periodo de inscripciones abiertas de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, usted también podría ser elegible para dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía por tener Medicare y AHCCCS (Medicaid).
--------------------	---

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos periodos del año. Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes periodos de inscripción especial:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos periodos, deberá esperar al próximo periodo para cancelar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este periodo de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el periodo de inscripción anual. En la Sección 2.2 se brinda más información sobre el periodo de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si usted decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubra medicamentos recetados o por uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura válida significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, un monto al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de AHCCCS (Medicaid) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este manual).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2	Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual.
--------------------	---

Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción anual (también conocido como el “periodo anual de inscripciones abiertas”). Este es el momento en el que usted debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el periodo de inscripción anual?** Este comprende del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el periodo de inscripción anual?** Usted puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para

el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- o Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubra medicamentos recetados o por uno que no cubra medicamentos recetados).
- o Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- o *O bien* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - **Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por 63 días o más seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura válida significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, un monto al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1.º de enero.

Sección 2.3 Usted puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripciones abiertas de Medicare Advantage.

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **periodo de inscripciones abiertas de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el periodo anual de inscripciones abiertas de Medicare Advantage?** Todos los años entre el 1.º de enero y el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el periodo anual de inscripciones abiertas de Medicare Advantage?** Durante este periodo, usted puede realizar lo siguiente:
 - o Cambiar a otro plan de Medicare Advantage. (Puede optar por un plan que cubra medicamentos recetados o por uno que no cubra medicamentos recetados).
 - o Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que se haya inscrito en otro plan de Medicare Advantage o de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados 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 2.4	En determinadas situaciones, usted puede cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial.
--------------------	---

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **periodo de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un periodo de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso, usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare, o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):
 - Por lo general, cuando se ha mudado.
 - Si usted tiene AHCCCS (Medicaid).
 - Si es elegible para obtener Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si incumplimos el contrato con usted.
 - Si usted está recibiendo atención en una institución, como una residencia para ancianos y convalecientes o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
 - Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).
 - **Nota:** Si usted participa en un programa de manejo de medicamentos, posiblemente no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información sobre los programas de manejo de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el periodo de inscripción especial para personas con AHCCCS (Medicaid).

- **¿Cuándo son los periodos de inscripción especiales?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para el periodo de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de atención médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubra medicamentos recetados o por uno que no cubra medicamentos recetados).

- o Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- o *o bien* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya desistido de una inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura válida significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, un monto al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 4 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 proporcionan más información sobre el periodo de inscripción especial para personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios de Atención para Miembros** (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- Puede obtener la información en el manual ***Medicare & You 2022 (Medicare y usted 2022)***.
 - o Todas las personas con Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You 2022 (Medicare y usted 2022)* cada otoño. Aquellas personas nuevas en Medicare lo reciben dentro de un mes después de registrarse por primera vez.
 - o También puede descargar una copia desde la página web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al número de teléfono que se muestra a continuación.
- Puede llamar a **Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, usted cancela su membresía inscribiéndose en otro plan.

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar la cancelación de su membresía en nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de su membresía:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con los Servicios de Atención para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En la siguiente tabla se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Health Choice Pathway se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. ○ Si usted cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática. ○ Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin una cobertura de medicamentos recetados válida por un periodo continuo de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con los Servicios de Atención para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Health Choice Pathway se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), comuníquese con el programa AHCCCS (Medicaid), al **1-855-HEA-PLUS** o al **1-855-432-7587**, TTY **711**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la cobertura que le ofrece AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 4 **Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.**

Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan.
--------------------	--

Si usted abandona Health Choice Pathway, puede transcurrir un tiempo hasta que se produzca la finalización de su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre la entrada en vigencia de su nueva cobertura). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar adquiriendo sus medicamentos recetados en nuestras farmacias de la red hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si los adquiere en farmacias de la red incluso a través de nuestros servicios de farmacia de envío por correo.
- **En caso de ser hospitalizado el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital, en general, será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigor su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en el plan en ciertos casos.

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Health Choice Pathway debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si usted ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted ya no es elegible para AHCCCS (Medicaid). Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Si usted ya no cumple con los requisitos de elegibilidad, se considera una cancelación involuntaria de la membresía. Los miembros del plan deben mantener su elegibilidad para Medicare y AHCCCS (Medicaid) para permanecer en el plan. Debemos notificarle por escrito que tiene un periodo de gracia de 6 meses para recuperar la elegibilidad antes de que cancelemos su inscripción.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, deberá llamar a los Servicios de Atención para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Puede encontrar los números de teléfono de Servicios de Atención para Miembros en la contraportada de este manual).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si proporciona información falsa u omite información sobre la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).

- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
 - Si nosotros cancelamos su membresía por dicho motivo, Medicare podría solicitar que su caso sea investigado por el inspector general.
- Si usted debe pagar un monto extra de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿En dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre en qué casos podemos cancelar su membresía:

- Puede comunicarse con **los Servicios de Atención para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual).

Sección 5.2	Nosotros <u>no podemos</u> solicitarle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.
--------------------	---

Health Choice Pathway no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su 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 del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.
--------------------	--

Si nosotros cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación de su membresía por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes aplicables.....	261
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación.....	261
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare.....	262

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes aplicables

Varias leyes son aplicables a esta *Evidencia de cobertura* y también podrían aplicarse algunas disposiciones adicionales debido a que son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento. La ley principal que rige este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de esta ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud Asequible y demás leyes aplicables para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas aplicables por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)** o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, llámenos a Servicios de Atención para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este manual). Si tiene una queja, como un problema con el acceso en silla de ruedas, los Servicios de Atención para Miembros pueden ayudarlo.

La discriminación es en contra de la ley. Health Choice Pathway cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway:

- Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Capítulo 11. Avisos legales

- Proporciona servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - o Intérpretes calificados.
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si considera que Health Choice Pathway no ha cumplido con la provisión de estos servicios o ha discriminado de algún otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede contactarnos y presentar una queja formal ante:

Yo Hance De Horney, gerente de quejas formales y apelaciones - coordinador de derechos civiles, 410 N 44th Street, Suite 900, Phoenix, AZ, 85008, **1-480-760-4617 (TTY 711)**; fax **1-480-760-4739**. Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico a **HCH.GrievanceForms@azblue.com**.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma 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 a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F HHH Building Washington, DC 20201, o por teléfono al **1-800-868-1019, TDD 800-537-7697**.

Los formularios para quejas están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**. Health Choice Pathway cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. De conformidad con las normas regulatorias de los CMS, establecidas en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Health Choice Pathway, en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de cobro que ejerce el secretario en virtud de las normas regulatorias de los CMS establecidas en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Apelación: una apelación es una medida que toma usted en caso de no estar de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, usted puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, suministro o servicio que usted considera que le corresponde recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones que se pueden presentar, incluido el proceso para presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que usted puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan podrá cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Asistente de atención médica en el hogar: un asistente de atención médica en el hogar provee servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (por ejemplo, para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica en el hogar no tienen licencia de enfermería ni proporcionan terapia.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por personal de enfermería certificado o un médico.

Autorización previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar incluidos o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene autorización previa de nosotros. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están identificados en el formulario.

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare para personas de ingresos y recursos limitados para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Centro de cuidados paliativos: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios complementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORE): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, provee diversos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y del lenguaje, así como servicios para la evaluación del entorno familiar.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Copago: monto que usted debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es una suma fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede llegar a pagar \$10 o \$20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Coseguro: una suma que usted debe pagar como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %).

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Costo compartido: el costo compartido se refiere al monto que un miembro debe pagar al recibir medicamentos o servicios. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de estos tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan establezca antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exija que se pague al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de coseguro, que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que el plan exige al recibir un medicamento o servicio específicos. Se puede aplicar una tasa de costo compartido diario si el médico le receta menos de un suministro mensual completo de determinados medicamentos y usted debe pagar un copago.

Costos de bolsillo: vea la definición anterior de “costo compartido”. El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costos de bolsillo del miembro.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales que se proporcionan en una residencia para ancianos y convalecientes, un centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden proveer personas sin capacitación ni habilidades profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Deducible: suma que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Usted debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este manual, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este manual, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo puede solicitarnos una decisión de cobertura.

Dispositivos protésicos y ortóticos: son dispositivos médicos indicados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, a modo de ejemplo, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted o cualquier otra persona con criterio prudente y con conocimiento promedio de salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o un problema médico que empeora rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted no paga ningún copago o coseguro, o paga un copago o coseguro muy bajo, por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado \$7,050 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapas de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo anuales hayan alcanzado los \$7,050.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: en este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, se describen su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción de formulario), o adquirir un medicamento no preferido en un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si el proveedor de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites de cantidad o dosis para el medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor al monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Health Choice Pathway, usted solo debe pagar los montos de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen facturaciones de saldo o que le cobren un monto mayor al costo compartido que su plan establece que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios para medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque están contratadas por nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se adquieren en una de las farmacias de nuestra red.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que usted adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Indicación médica aceptada: consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.

Internación en hospital: la internación en un hospital sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo de tiempo específico.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto del gobierno federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de AHCCCS (Medicaid) varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para AHCCCS (Medicaid). Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con AHCCCS (Medicaid) en su estado.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan de costos de Medicare, un plan de PACE o un plan de Medicare Advantage.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, quien 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 los ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de una cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no pagará una prima más alta.

Monto máximo de bolsillo: el monto mayor que paga como costo de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y por los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir ayuda de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo hasta el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo. (Consulte la Sección 1.4 del Capítulo 4 para obtener información sobre su monto máximo de bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si usted no cuenta con una cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un periodo de 63 días consecutivos o más después de que sea elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Usted paga este monto más alto por el periodo que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen ciertas excepciones. Por ejemplo, si usted recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados, usted no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda Adicional, estaría sujeto a la multa por inscripción tardía si alguna vez se quedó sin cobertura válida de medicamentos recetados de la Parte D durante 63 días o más consecutivos.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Necesario por razones médicas: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los beneficiarios de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Original Medicare (Traditional Medicare o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes de Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados de Medicare voluntario. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Periodo de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. Usted debe pagar el deducible por la hospitalización por cada periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage: un periodo establecido cada año en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El periodo de inscripción abierta para Medicare Advantage es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible por un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Periodo de inscripción inicial: periodo de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y AHCCCS (Medicaid).

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 un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de costos reembolsados de conformidad con la sección 1876(h) de la ley.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan de Medicare Advantage, los servicios de Medicare quedan cubiertos a través de este plan y no se pagan bajo la cobertura de Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todos los beneficiarios de la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage ofrecido en su área.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para sus costos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para sus costos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de PACE: un plan de PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos y convalecientes) el mayor tiempo posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes de PACE reciben beneficios de Medicare y de AHCCCS (Medicaid) a través del plan.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un Plan para necesidades especiales institucional que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional: un Plan para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para individuos con discapacidades intelectuales (ICF/IID) o un centro de hospitalización psiquiátrica. Un Plan para necesidades especiales institucional para atender a residentes de Medicare en centros de LTC debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

Plan para necesidades especiales: un tipo de plan de Medicare Advantage especial que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como AHCCCS (Medicaid), los residentes en una residencia para ancianos y convalecientes o los que sufren ciertas afecciones médicas crónicas.

Póliza Medigap (Seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las brechas en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Programa de descuento del periodo sin cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de periodo sin cobertura y que aún no reciben Ayuda Adicional. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría pero no todos los medicamentos de marca tienen descuento.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta primero sobre la mayoría de sus problemas de salud. Él o ella se asegurará de que usted reciba la atención que necesita para cuidar su salud. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y derivarlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información acerca de proveedores de atención primaria.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica.

Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función de los contratos que mantiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha acordado con nosotros la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, no operados ni de propiedad de nuestro plan; tampoco son contratados para proveerle servicios cubiertos. El uso de los servicios de centros o proveedores fuera de la red se describe en el Capítulo 3 de este manual.

Queja formal: un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o las farmacias, incluidas quejas por la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra disputas por pago o cobertura.

Queja: “presentar una queja” se conoce formalmente como “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que usted recibe. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, ceguera, o 65 años o más. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de seguro médico de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de Atención para Miembros: un departamento, dentro de nuestro plan, responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con los Servicios de Atención para Miembros.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios requeridos urgentemente: los servicios requeridos urgentemente son proporcionados para tratar enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas que no son de emergencia y que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Adicional.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se provee un medicamento cubierto para pagar el costo por surtir una receta médica. La tarifa de dispensación cubre costos tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar la receta médica.

Tasa de costo compartido diario: una tasa de costo compartido diario puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba pagar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí incluimos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de costo compartido diario es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surte su receta médica.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su afección médica antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Pathway
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

Aviso de No Discriminación

En cumplimiento con la Sección 1557
de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health
Choice

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si considera que Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico:
HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.
H5587_NoticeofNonDiscrim2022_C es

Multi-Language Interpreter Services



Health
Choice

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-656-8991 (TTY: 711)**, 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week.

ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

注意：日本語を話される場合、無料で言語支援サービスをご利用いただけます。次の番号までお電話してください：**1-800-656-8991 (TTY: 711)**

Bilagáana bizaad doo bee yánílti' dago dóo saad nááná ła' bee yánílti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i'. Koji' hodílnih **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ATENÇÃO: se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para **1-800-656-8991 (TDD: 711)**.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا. اتصل على **1-800-656-8991 (هاتف نصي: 711)**.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-656-8991 (TTY: 711)** an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ध्यान दें: यदि आप हन्दिदी बोलते हैं, तो आपके लएि भाषा सहायता सेवाएं नःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-800-656-8991 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Multi-Language Interpreter Services



Health Choice

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-800-656-8991** (TTY: **711**).

請注意：若您使用繁體中文，您可以接受免費的語言協助服務。請致電 **1-800-656-8991** (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하는 경우, 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-656-8991 (TTY: 711)** 번으로 전화하십시오.

โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณจะสามารถใช้บริการความช่วยเหลือด้านภาษาได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร **1-800-656-8991 (TTY: 711)**

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai **1-800-656-8991** (TTY: **711**).

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ ឬ យើងខ្ញុំមានសំណួរអ្វីមួយស្តីពីការបោះឆ្នោត ឬ ប្រព័ន្ធបោះឆ្នោត ឬ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាណាមួយទាក់ទងនឹងការបោះឆ្នោត ឬ ប្រព័ន្ធបោះឆ្នោត ឬ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានបញ្ហាណាមួយទាក់ទងនឹងការបោះឆ្នោត ឬ ប្រព័ន្ធបោះឆ្នោត សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-656-8991** (TTY: 711)។

UWAGA: Jeżeli mówi Pan/Pani po polsku, oferujemy bezpłatne usługi pomocy językowej. Prosimy o kontakt pod numerem **1-800-656-8991** (telefon tekstowy (TTY): **711**).

PAŽNJA: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su Vam besplatno. Pozovite **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ATENSIYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, ang mga serbisyong tulong sa wika, na walang singil, ay magagamit mo. Tumawag sa **1-800-656-8991** (TTY: **711**).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات زبانی رایگان به شما ارائه می‌شود. یا 1-800-656-8991 (TTY: 711). تماس بگیرید.

معيرنوٓا: اين بعالنوك دمخكة (لشنا سوريا) وبمجن دلا اجرا بنيشا دشميشة وعدرنة. 1-800-656-8991 (711: TTY) عبود شقايبللة بن منبنا.

Health Choice Pathway Departamento de Servicios para Miembros

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto
Teléfono	1-800-656-8991 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios de intérprete gratuito para aquellas personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Dirección	Health Choice Pathway P.O. Box 52033 Phoenix, AZ 85072 HCHcomments@azblue.com
Sitio Web	HealthChoicePathway.com

Arizona State Health Insurance and Assistance Program (Arizona SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal con fondos del gobierno Federal que ofrece asesoramiento gratuito local de seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-432-4040 o 602-542-4446
Dirección	Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP de Arizona) 1789 W. Jefferson St. Phoenix, AZ 85007
Sitio Web	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites: De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.