Evidencia de Cobertura

OHIO

Brown, Butler, Clark, Clermont, Clinton, Columbiana, Delaware, Fairfield, Fayette, Franklin, Greene, Hamilton, Highland, Hocking, Lake, Madison, Miami, Montgomery, Morrow, Perry, Pickaway, Preble, Union y Warren

2018

Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Departamento de Servicios para Miembros (866) 472-4584, TTY / TDD 711

7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

MolinaHealthcare.com/Medicare

MOLINA® HEALTHCARE

1.º de enero al 31 de diciembre de 2018

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios, servicios de salud y cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Este folleto le ofrece detalles acerca de su cobertura de cobertura médica y medicamentos recetados de Medicare del 1.º de enero al 31 de diciembre del 2018. Le explica cómo obtener cobertura para sus servicios médicos y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Molina Medicare Options Plus HMO SNP, está disponible a través de Molina Healthcare of Ohio. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se está haciendo referencia Molina Healthcare of Ohio. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a Molina Medicare Options Plus HMO SNP).

Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Options Plus depende de la renovación del contrato.

Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestras horas de servicio son 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema Braille o en letra grande.

Los beneficios, prima, deducible, copagos o coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2019.

El formulario, red de farmacias o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación cuando sea necesario.

H0490_18_1127_0004_OHAE3 es Accepted 09/13/2017

Evidencia de Cobertura de 2018 Índice

Esta lista de capítulos y números de página es solo el punto de partida. Para recibir más ayuda con la búsqueda de información, consulte la primera página de un capítulo. **Al comienzo de cada capítulo, encontrará una lista detallada de los temas.**

Capítulo 1. Inicio como miembro 4

Explica qué significa tener un plan de salud de Medicare y cómo usar este cuadernillo. Ofrece información sobre los materiales que le enviaremos, su prima del plan, su tarjeta de membresía del plan y cómo mantener su registro de membresía actualizado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 19

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Molina Medicare Options Plus HMO SNP) y con otras organizaciones, que incluyen Medicare, Programa de Asistencia y Seguro Médico del Estado (SHIP), la Organización de Mejora de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para las personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 38

Explica conceptos importantes que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) 54

Incluye información detallada sobre los tipos de atención médica cubiertos y *no* cubiertos que usted obtiene como miembro de nuestro plan. Indica el monto que pagará como su parte del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 99

Explica las reglas que debe respetar al obtener sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber qué medicamentos están cubiertos. Indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Informa sobre la variedad de restricciones que se aplican a la cobertura de determinados medicamentos. Especifica dónde puede adquirir sus medicamentos recetados. Contiene información sobre los programas del plan sobre seguridad y utilización de medicamentos.

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D 121

Ofrece información sobre las etapas (4) de cobertura de los medicamentos (*Etapa de Deducibles, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha en Cobertura, Etapa de Cobertura Catastrófica*) y cómo estas etapas influyen en el monto que usted debe pagar por sus medicamentos. Se explican las cinco (5) categorías de costo compartido de sus medicamentos de la Parte D y se le indica lo que debe pagar por un medicamento determinado en cada categoría de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 141

Explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando nos pida que le reembolsemos su parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 149

Especifica los derechos y las responsabilidades que usted tiene como miembro de nuestro plan. Le explica qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 167

Le indica paso a paso qué hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo pedir decisiones de cobertura y realizar apelaciones si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que, según su entender, están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye pedirnos que hagamos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales de su cobertura para medicamentos recetados y pedirnos que cubramos la atención en hospital y determinados tipos de servicios médicos si piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.
- Explica cómo presentar quejas relacionadas con la calidad de la atención, tiempos de espera, atención al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan 224

Detalla cuándo y cómo puede cancelar su membresía al plan. Explica las situaciones en las que nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 231

Incluye avisos sobre las leyes vigentes y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 234

Define los términos clave utilizados en este cuadernillo.

CAPÍTULO 1

Inicio como miembro

Capítulo 1. Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 5
Sección 1.1 Usted está inscrito en el Molina Medicare Options Plus HMO SNP, que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales) 5
Sección 1.2 ¿Qué información incluye el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*? 6
Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura* 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible y convertirse en miembro del plan? 7
Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad 7
Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B? 7
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 7
Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan de Molina Medicare Options Plus HMO SNP 8
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o con residencia legal 9
SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 9
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan: se utiliza para recibir los servicios de atención y medicamentos recetados cubiertos 9
Sección 3.2 El *Directorio de proveedores*: su guía de todos los proveedores de la red del plan 10
Sección 3.3 El *Directorio de farmacias*: su guía de farmacias en nuestra red 10
Sección 3.4 Lista de *medicamentos cubiertos (Formulario) del plan* 11
Sección 3.5 La Explicación de Beneficios *de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 11
SECCIÓN 4 Su prima mensual de Molina Medicare Options Plus HMO SNP 12
Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan? 12
Sección 4.2 Existen varios medios de pago de su prima del plan 13
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 14
SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 15
Sección 5.1 Cómo puede ayudar para asegurarse de que la información que tenemos acerca de usted es correcta 15
SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal 16
Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros médicos con nuestro plan 16
Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional? 16

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Molina Medicare Options Plus HMO SNP, que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. La cobertura de Medicaid varía de acuerdo al estado y al tipo de plan de Medicaid que tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también obtienen cobertura para medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Ha elegido recibir su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de Medicare Advantage especializado (un "plan de necesidades especiales" de Medicare), el cual significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Molina Medicare Options Plus HMO SNP está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

La cobertura conforme a este plan reúne los requisitos como una cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con su costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) de Medicare Parte A y Parte B; es posible que no pague nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Es posible que Medicaid también le brinde otros beneficios al proporcionarle cobertura para servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Además, es posible que reciba "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Molina Medicare Options Plus HMO SNP le ayudará a gestionar todos estos beneficios, de modo que reciba los servicios de atención médica y de asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

Molina Medicare Options Plus HMO SNP está dirigido por una empresa 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 Ohio de Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle la cobertura de atención médica de Medicare, incluyendo la cobertura de medicamentos recetados.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el cuadernillo de *Evidencia de Cobertura*?

Este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura* describe la forma en que usted puede obtener cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. En este cuadernillo se definen sus derechos y responsabilidades, la cobertura y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a los servicios y la atención médica y a los medicamentos recetados que se le ofrecen a usted como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

Es importante que se informe sobre cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este cuadernillo de *Evidencia de Cobertura.*

Si la información le resulta confusa, le crea inquietudes o si solo tiene una pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos al reverso de este cuadernillo).

Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Molina Medicare Options Plus HMO SNP cubre su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman "cláusulas adicionales" o "modificaciones".

El contrato está vigente durante los meses en que usted está inscrito en Molina Medicare Options Plus HMO SNP entre el 1.º de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Molina Medicare Options Plus HMO SNP después del 31 de diciembre de 2018. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) deben aprobar Molina Medicare Options Plus HMO SNP cada año. Puede seguir con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueva su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted puede reunir los requisitos de membresía de nuestro plan si:

- Usted tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B (la Sección 2.2 le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- -- *y* -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.3 a continuación, se detalla nuestra área de cobertura de servicios).
- -- *y* -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.
- -- *y* -- No padece insuficiencia renal en etapa terminal (IRET), salvo ciertas excepciones, como si contrajo IRET cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o era miembro de un plan diferente que fue cancelado.
- -- *y* -- Reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica de gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos). Para reunir los requisitos de nuestro plan, usted debe ser elegible para recibir tanto Medicare como Medicaid.

Tome en cuenta: si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad en un plazo de 6 meses, entonces todavía es elegible para la membresía en nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 explica la cobertura y costo compartido durante un período de elegibilidad que se considera continua).

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

Cuando usted se suscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos bajo Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente cubre servicios brindados por los hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).
- Medicare Parte B cubre la mayoría de los otros servicios médicos (como los servicios de un médico y otros servicios ambulatorios) y determinados elementos (como equipo médico duradero (DME) y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, qué

servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa con la condición de que respeten las pautas federales.

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

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Sección 2.4 Esta es el área de servicio del plan de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Aunque Medicare es un programa federal, Molina Medicare Options Plus HMO SNP está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicios del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Ohio: Brown, Butler, Clark, Clermont, Clinton, Columbiana, Delaware, Fairfield, Fayette, Franklin, Greene, Hamilton, Highland, Hocking, Lake, Madison, Miami, Montgomery, Morrow, Perry, Pickaway, Preble, Union y Warren.

Ofrecemos cobertura en diferentes estados. Sin embargo, puede haber un costo u otra diferencia entre los planes ofrecidos en cada estado. Si se muda a un estado que continúa dentro de nuestra área de servicio, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el estado donde se haya mudado.

Si planea mudarse a otro estado, también debe comunicarse con la oficina de Medicaid de su estado y preguntar de qué manera la mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. Encontrará los números de teléfono de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6, de este cuadernillo.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). Cuando se mude, contará con un período especial de inscripción, durante el cual podrá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados 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 telefónicos y la información de contacto para el Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

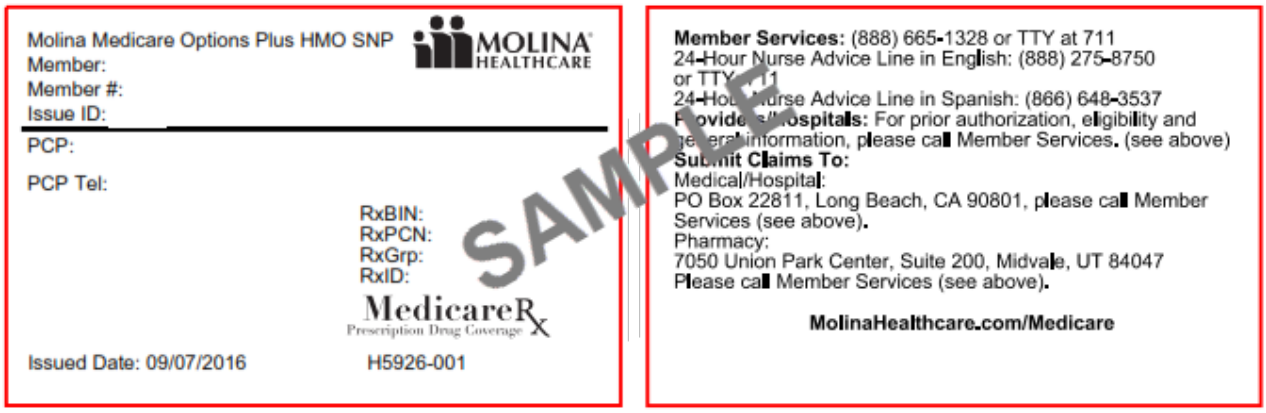
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o con residencia legal

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) le notificará Molina Medicare Options Plus HMO SNP si usted no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Molina Medicare Options Plus HMO SNP debe 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 al plan: úsela para recibir todos los servicios de atención y medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía a nuestro plan cuando reciba cualquier servicio cubierto por este plan y cualquier medicamento recetado de las farmacias de la red. Recuerde mostrar siempre su identificación de Molina Medicare Options Plus HMO SNP y su tarjeta de identificación de: Ohio Department of Medicaid, cada vez que se presente para obtener cuidados. También debería presentar su tarjeta de Medicaid a su proveedor. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan **no deberá usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para** recibir servicios médicos cubiertos (con la excepción de estudios de investigación clínica de rutina y servicios de centros de cuidados paliativos). Conserve su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la llegara a necesitar en el futuro.

Esto es muy importante porque: si recibe servicios cubiertos contra la presentación de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Molina Medicare Options Plus HMO SNP mientras es miembro del plan, es posible que deba pagar el gasto total de los servicios.

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía de todos los proveedores de la red del plan

En el *Directorio de proveedores y farmacias* se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. El directorio también incluye aquellos proveedores que aceptan Medicaid usando un indicador de Medicaid.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como el pago total por sus servicios. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores de salud y de suministros está disponible en nuestra página web http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red dado que, salvo excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar proveedores de la red para obtener su atención médica y servicios. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente que se requieren cuando la red no está disponible (por lo general, cuando se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Molina Medicare Options Plus HMO SNP autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para información más detallada sobre emergencias, cobertura fuera de la red y fuera del área.

Es importante que sepa quiénes son los proveedores de Medicaid que están en nuestra red. Debe acudir a estos proveedores porque tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago por la atención médica que brindan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla a través del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). Puede solicitar más información del Departamento de Servicios para Miembros sobre los proveedores de nuestra red, incluso una descripción de sus calificaciones.

También puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare, o descargarlo de esta página web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como la página web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestra red de proveedores.

Sección 3.3 El *Directorio de proveedores y 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 aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes.

¿Por qué debe tener información sobre las farmacias de la red?

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestra página web http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2018 para determinar qué farmacias hay en nuestra red**.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través de Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). Puede comunicarse en cualquier momento con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre las modificaciones en la red de farmacias. También puede obtener esta información ingresando a nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

El plan establece una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Este le informa cuáles medicamentos de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D, que se incluye en Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados están cubiertos bajo sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos, se le informa cómo averiguar qué medicamentos están cubiertos bajo Medicaid.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento 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 Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

En la Lista de medicamentos también se indicará si existen reglas que limitan la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar la página web del plan (http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

Sección 3.5 La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

Cuando use los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe de resumen para ayudarlo a comprender los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D, y hacer un seguimiento de ellos. Este informe de resumen se denomina *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D").

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otros en su nombre, ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se detalla más información sobre la *Explicación de Beneficios* y cómo lo puede ayudar a controlar su cobertura de medicamentos.

Un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* también está disponible cuando usted lo solicite. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Sección 4.1 ¿Cuánto es su prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2018, la prima mensual para Molina Medicare Options Plus HMO SNP es $0 a $32.00. Además, debe seguir pagando su prima del plan de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor a la suma descrita en la Sección 4.1 anterior. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se suscribieron en un plan de medicamentos recetados de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque mantuvieron su cobertura durante un período consecutivo de 63 días o más cuando no tenían cobertura de medicamentos recetados "válida". (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, un monto al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La suma de su prima será la prima mensual del plan más la suma de su multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si usted recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
    - Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), usted será sujeto a una multa por inscripción tardía de la Parte D si estuvo sin cobertura válida para medicamentos recetados por 63 días o más.
    - Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, el monto de su multa dependerá de la cantidad de meses que haya estado sin cobertura de medicamentos después de haber reunido los requisitos.

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 poder reunir los requisitos de nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como también ser beneficiario de Medicare Parte A y estar suscrito a Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Otras personas pagan una suma adicional para la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esta se conoce como suma de ajuste mensual conforme con ingresos, también conocida como IRMAA. Si sus ingresos son mayores a $85,000 por una persona (o para personas casadas que presentan sus ingresos por separado), o mayores a $170,000 para personas casadas, **usted debe pagar una suma adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Medicare Parte D.

- Si debe pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la cantidad adicional. Si tuvo un evento trascendental que provocó la caída de sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si necesita pagar la suma adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar https://www.medicare.gov 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 llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y usted 2018* incluye información sobre estas primas en la sección titulada "Costos de Medicare 2018". Cada año durante el otoño, todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y usted*. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del primer mes de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y usted 2018* ingresando a la página web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Existen varias maneras en las que puede pagar su prima del plan

Existen 3 formas en las que puede pagar su prima del plan

Si decide cambiar la forma de pagar su prima, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Puede pagar su prima mensual con cheque o con nuestro libro de cupones. Cuando se inscriba para pagar con cheque, le enviaremos un libro de cupones que estará en vigor durante todo el período de inscripción de un año. El libro incluirá un cupón que usted deberá enviar con su cheque cada mes. El cheque debe emitirse a nombre de su plan, Molina Medicare Options Plus HMO SNP, y enviarse por correo a: (los cheques NO deben emitirse a nombre de los CMS ni los HHS).

Molina Medicare
P.O. Box 515189
Los Angeles, CA 90051-5189

Si extravía su libreta de cupones, necesita cambiar sus opciones de pago o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran al reverso de este cuadernillo).

Opción 2: transferencia electrónica de fondos

Puede pagar con cheque de transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés), lo cual significa que el plan retirará automáticamente de su cuenta de cheques o de ahorros la prima mensual. En el formulario de inscripción, incluido en el paquete de inscripción, sírvase llenar la sección de información del banco para comenzar a transferir sus pagos por EFT. Las deducciones automáticas se realizarán entre el 20 y el 25 de cada mes. Si necesita cambiar su opción de pago o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio de Atención a los Miembros (los números de teléfono se encuentran al reverso de este cuadernillo).

Opción 3: puede pedir que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir que se deduzca la prima mensual de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre esta forma de pago de la prima mensual del plan. Nos complace ayudarlo a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

Qué hacer si está teniendo problemas para pagar su prima del plan

Si tiene problemas para pagar a tiempo la prima y/o la multa por inscripción tardía, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que le ayuden a pagar. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

Si cree que hemos suspendido su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En el Capítulo 9, Sección 11 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar una queja. Si se presentó una emergencia que estuvo fuera de su control y que no le permitió pagar sus primas durante nuestro periodo de gracia, usted puede pedir que reconsideremos esta decisión llamando al (866) 472-4584 entre 8:00 a. m. y 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe hacer su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si hay cambios en la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que le corresponde pagar a usted puede sufrir modificaciones durante el año. Esto sucede si, durante el transcurso del año, es o deja de ser elegible para el programa “Ayuda adicional”. Si un miembro reúne los requisitos para “Ayuda adicional” para los gastos de medicamentos recetados, el programa “Ayuda adicional” pagará una parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierde la elegibilidad durante el año, comenzará a pagar el total de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 5 Mantenga su registro de membresía del plan actualizado

Sección 5.1 Cómo puede asegurarse de que la información que tenemos sobre usted es correcta

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su Proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y las cantidades de costo compartido que usted tiene.** Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si ha ingresado a una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica.

Si esta información sufre alguna modificación, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de informarnos al respecto (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). Los miembros pueden crear una cuenta Mi Molina en línea para cambiar de médico, actualizar la información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, obtener recordatorios de salud sobre los servicios que necesitan o ver el historial de servicios. Visite http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare para crear su cuenta Mi Molina o acceder a esta.

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

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

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden bajo nuestro plan. (Para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura si tiene otro seguro médico, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o de medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Si desea obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.4 de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros médicos con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional?

Si tiene otro seguro médico (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro médico. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar se denomina "pagador secundario", y solo paga si hay costos que la cobertura principal no cubrió. Puede que el pagador secundario no pague todos los costos que no fueron cubiertos.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes médicos grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de su edad, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare por edad, discapacidad o insuficiencia renal en etapa terminal (IRET):
    - Si es menor de 65 años, está discapacitado y usted o su familiar todavía trabajan, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare por IRET, el plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo.

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que haya pagado Medicare o los planes de seguro médico del empleador.

Si tiene un seguro médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su seguro médico adicional, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números telefónicos importantes y recursos

Capítulo 2. Números telefónicos importantes y recursos

SECCIÓN 1 **Molina Medicare Options Plus HMO SNP (cómo comunicarse con nosotros, incluyendo cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan)..... 20**

SECCIÓN 2 **Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)..... 27**

SECCIÓN 3 **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)..... 28**

SECCIÓN 4 **Organización de Mejoramiento de Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de atención brindada a los beneficiarios de Medicare).... 29**

SECCIÓN 5 **Seguro Social..... 30**

SECCIÓN 6 **Medicaid (un programa mixto federal y del estado que ayuda con gastos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos)..... 31**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados..... 33**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario..... 35**

SECCIÓN 9 **¿Tiene "seguro grupal" u otro seguro médico de su empleador?..... 36**

SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Options Plus HMO SNP (cómo puede contactarnos, incluyendo cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Nos complacerá ayudarle.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME	(866) 472-4584 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(801) 858-0409
POR CORREO	Molina Healthcare 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de cobertura referente a su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

No dude en comunicarse con nosotros si tiene alguna consulta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME	(866) 472-4584 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(877) 708-2116
POR CORREO	Molina Healthcare 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica

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

Método	Apelaciones por atención médica – Información de contacto
LLAME	(866) 472-4584 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
POR CORREO	Molina Healthcare Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluso quejas sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección sobre presentación de apelaciones que se encuentra arriba). Para obtener más información acerca de cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
LLAME	(866) 472-4584 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Quejas por atención médica: información de contacto
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
POR CORREO	Molina Healthcare Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de Molina Medicare Options Plus HMO SNP directamente con Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo contactarnos cuando quiere pedir un decisión de cobertura referente a sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	(888) 665-1328 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309
POR CORREO	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos 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 algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	(888) 665-1328 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309
POR CORREO	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, lo cual incluye quejas sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos. (Si su problema está relacionado con la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección sobre presentación de apelaciones que se encuentra arriba). Para más información sobre cómo presentar una queja por sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*)).

Método	Quejas acerca de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME	(888) 665-1328 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Quejas acerca de medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
POR CORREO	Molina Healthcare Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977 Puede presentar una queja a través de nuestro formulario de quejas ubicado en el siguiente enlace: http://www.molinahealthcare.com/medicare
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de Molina Medicare Options Plus HMO SNP directamente con Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o medicamentos que usted ha recibido

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

Tome en cuenta: si envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)) para obtener más información.

Método	Solicitud de pago: información de contacto
LLAME	(866) 472-4584 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local

Método	Solicitud de pago: información de contacto
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	Parte C: (801) 858-0409 Parte D: (866) 290-1309
POR CORREO	Molina Healthcare Attn: Member Services P.O. Box 8542 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

SECCIÓN 2 Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, la cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Método	Medicare – Información de contacto
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
PÁGINA WEB	https://www.medicare.gov Esta es la página web oficial del gobierno para Medicare. Brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye cuadernillos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. En la página web de Medicare también encontrará información detallada sobre los requisitos que debe reunir para lograr la elegibilidad en Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de requisitos para participar en Medicare:** ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Localizador de planes de Medicare:** ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un cálculo *aproximado* de los gastos de su bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar la página web para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre Molina Medicare Options Plus HMO SNP: • **Hable con Medicare acerca de su queja:** usted puede presentar una queja acerca de Molina Medicare Options Plus HMO SNP directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a esta página web. O bien, puede llamar a Medicare para preguntarle qué información está buscando. Encontrarán la información en la página web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Ohio, el SHIP se denomina Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP).

Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP): es un programa independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Los consejeros de: Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) pueden ayudarle con sus problemas o preguntas de Medicare. Le ayudarán a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los consejeros de: Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) también le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder los interrogantes relacionados con el cambio de un plan a otro.

Método	**Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) (SHIP de Ohio) – Información de contacto**
LLAME	(800) 686-1578, de lunes a viernes: 7:30 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) Ohio Department of Insurance 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215
PÁGINA WEB	http://www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/ConsumerTab2.aspx

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (pagada por Medicare para controlar la calidad de atención brindada a los beneficiarios de Medicare)

En cada estado, funciona una Organización de Mejoramiento de Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. Para Ohio, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina KePRO .

KePRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. KePRO es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KePRO en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que el período de cobertura por su internación hospitalaria finalizará demasiado pronto.
- Si considera que el período de cobertura por servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) finalizará demasiado pronto.

Método	KePRO (Organización de Mejoramiento de Calidad de Ohio) – Información de contacto
LLAME	(855) 408-8557, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.; fines de semana 11:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	(855) 843-4776 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	http://www.keproqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y residentes legales permanentes mayores de 65 o personas con discapacidades o insuficiencia renal en etapa terminal que sean elegibles pueden ser beneficiarios de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tienen mayores ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le indica que tiene que pagar la cantidad extra y usted tiene preguntas sobre la suma o si sus ingresos bajaron debido a un evento trascendental, comuníquese con el Seguro Social para pedirles una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
PÁGINA WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa mixto federal y del estado que ayuda con gastos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos)

Medicaid es un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos.

Además, existen programas que se ofrecen a través de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos “Programas de Ahorros de Medicare” ayudan a personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+)).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)).
- **Individuo Calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI, por sus siglas en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Los miembros de este plan están inscritos en Medicare y también en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con: Ohio Department of Medicaid.

Método	Ohio Department of Medicaid (Programa de Medicaid de Ohio) – Información de contacto
LLAME	(800) 324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p. m., sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	Ohio Department of Medicaid 50 W. Towne Street, 4th Floor Columbus, OH 43215
PÁGINA WEB	http://www.medicaid.ohio.gov/

Mediador ODI del Departamento de Seguros de Ohio: ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas en el servicio o la facturación. Le pueden ayudar a presentar una apelación o una queja contra nuestro plan.

Método	Mediador ODI del Departamento de Seguros de Ohio - Información de contacto
LLAME	(800) 686-1526, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	(855) 843-4776 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	The Ohio Department of Insurance ODI Ombudsman 50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, OH 43215
PÁGINA WEB	www.insurance.ohio.gov/aboutodi/pages/ombudsman.aspx

Oficina del Mediador Estatal de Atención a Largo Plazo de Ohio: ayuda a personas a obtener información acerca de casas de reposo y a resolver problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

Método	Oficina del Mediador Estatal de Atención a Largo Plazo de Ohio - Información de contacto
LLAME	(800) 282-1206, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	Ohio Department of Aging 50 W. Broad Street, 9th Floor Columbus, OH 43215-3363
PÁGINA WEB	http://aging.ohio.gov/services/ombudsman/

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

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican y ya están obteniendo “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados.

Medicare brinda “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tiene ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Aquellos que califican obtienen ayuda para pagar por cualquier prima mensual del plan de medicamentos recetados de Medicare, deducible anual y los copagos de las recetas. Esta “Ayuda Adicional” cuenta como parte de los gastos de su bolsillo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden calificar para “Ayuda Adicional”. Algunas personas califican automáticamente para “Ayuda Adicional” y no necesitan aplicar. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para “Ayuda Adicional”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, utilice la siguiente información para comunicarse:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- La oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted considera que califica para “Ayuda Adicional” y considera que está pagando una suma de costo compartido incorrecta por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan ha diseñado un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, asistencia para presentarnos esta evidencia.

- Puede encontrar la Mejor Evidencia Disponible (BAE, por sus siglas en inglés) en la página web, en http://www.cms.gov/Medicare/ Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/ Best_Available_Evidence_Policy.html. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros y Departamento de Farmacias identifica los casos en los que la política de la BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación de la BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros indicada en el Capítulo 2. Asimismo, puede comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). Las formas de evidencia admisibles son:
    - Carta de aprobación de la Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).
    - Aviso de aprobación.
    - Ingreso de seguridad suplementario.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted haga el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si hace un copago mayor, le reintegraremos el importe correspondiente. Le enviaremos un cheque por el excedente o descontaremos el importe de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y registra ese monto como una deuda de la cual usted es responsable, nosotros podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

¿Qué sucede si usted posee una cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH / SIDA a tener acceso a medicamentos del VIH que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare de la Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados. Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP, por sus siglas en inglés). Aviso: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluida la prueba de residencia en el estado y la condición de persona con VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de asegurado o subasegurado.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados de Medicare de la Parte D en el formulario del ADAP. A fin de garantizar que continúe recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP local si hay algún cambio en el nombre del plan o el número de la póliza de Medicare de la Parte D. Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP), teléfono: (800) 777-4775.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al Programa de Ayuda con Medicamentos para VIH de Ohio (OHDAP), teléfono: (800) 777-4775.

¿Y si obtiene "Ayuda Adicional" de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos recetados?
¿Puede recibir descuentos?

La mayoría de nuestros miembros obtienen "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Si obtiene "Ayuda Adicional", el Programa de Descuento de Brecha de Cobertura de Medicare no se aplica a usted. Si obtiene "Ayuda Adicional", ya tiene cobertura para sus medicamentos recetados durante la brecha de cobertura.

¿Qué ocurre si no obtiene un descuento, pero considera que debería obtenerlo?

Si cree que ha alcanzado la brecha en cobertura y no ha obtenido un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, usted debe revisar su siguiente aviso de *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, usted debe comunicarse con nosotros para asegurar que los registros de sus recetas son correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar nuestra decisión. Puede obtener ayuda para presentar una apelación de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) (los números telefónicos están en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de tonos, puede obtener información grabada y servicios automáticos las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
PÁGINA WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene "seguro grupal" o algún otro seguro médico de su empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar a su administrador de beneficios del empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilación, por favor comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su plan.

CAPÍTULO 3

Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan 40

Sección 1.1 ¿Qué son “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”? 40

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan 40

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 41

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención 41

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede usted recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP? 43

Sección 2.3 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red 44

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red 45

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o de atención necesaria de forma urgente o durante un desastre 45

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica 45

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente 46

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe 47

SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si recibe directamente la factura por los costos totales de los servicios cubiertos? 47

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. 47

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por su plan? 48

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un "estudio de investigación clínica"? 48

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 48

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto? 51

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución no médica religiosa dedicada a la atención médica” 50

Sección 6.1 Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 50

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención médica en una institución no médica religiosa está cubierta por nuestro plan? 51

SECCIÓN 7 Normas para adquirir la propiedad de equipo médico duradero 51

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de hacer un determinado número de pagos bajo nuestro plan? 51

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer sobre cómo obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica y otros servicios cubiertos. Proporciona las definiciones de ciertos términos y explica las normas que usted deberá seguir para recibir tratamientos, servicios y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta y otros servicios cubiertos por nuestro plan y sobre qué parte del costo debe pagar cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de Beneficios en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios, lo que está cubierto y lo que usted debe pagar*).

Sección 1.1 Definición de “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”

A continuación definimos ciertos términos que pueden ayudarle a entender cómo puede recibir atención y servicios cubiertos para usted como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica bajo contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido del plan como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos cobran directamente por la atención que le dieron a usted. Cuando visite a un proveedor de la red, usted solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros y equipos que nuestro plan cubre. Los servicios cubiertos por atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como plan de seguro médico de Medicare y Medicaid, Molina Medicare Options Plus HMO SNP debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y otros servicios y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Medicare Original por estos servicios.

Generalmente, Molina Medicare Options Plus HMO SNP cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe está incluida en la Tabla de Beneficios del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria**. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos se necesitan para la prevención,

el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe darle una aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle a usted una "recomendación médica". Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare nos obliga cubrir en nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, usted podrá recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, necesitará una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia (la información de contacto se encuentra al reverso de este cuadernillo). Si recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare ni el plan serán responsables de los costos. En esta situación, cubriremos estos servicios como si hubiera recibido la atención de un proveedor de la red. Si desea obtener información sobre cómo obtener la aprobación para visitar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de la red, que será su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP puede ser un médico, una enfermera especializada u otro profesional de atención médica que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los profesionales de la salud reúnen los requisitos para prestar servicios como PCP en nuestro plan si ejercen en las áreas de medicina familiar, medicina general, geriatría, medicina interna u obstetricia y ginecología. Como se explica abajo, usted recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará los demás servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para realizar una consulta con un especialista, en la mayoría de los casos, primero deberá obtener la aprobación de su PCP (esto se denomina obtener una “remisión” a un especialista). Su PCP también le proveerá la mayor parte de su atención y lo ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- radiografías
- análisis de laboratorio
- terapias
- atención de médicos especialistas
- internaciones en el hospital
- cuidado de seguimiento

“Coordinar” sus servicios incluye verificar y consultar con otros proveedores de la red sobre su atención y desarrollo. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (como en el caso de una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener la autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Dado que el PCP será el que proveerá y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas al consultorio de este. En la Sección 3, encontrará información sobre cómo protegemos la privacidad de sus registros médicos y la información médica personal.

Elección de un PCP

La relación con su PCP es importante. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Cuando su PCP está cerca de usted es más fácil recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores y farmacias u obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Si desea utilizar un especialista u hospital determinado, primero asegúrese de que su PCP realice remisiones a ese especialista o utilice ese hospital. Una vez que haya elegido su PCP, le recomendamos que transfiera todos sus registros médicos a su consultorio. De esta manera, su PCP tendrá acceso a su historial médico y estará al corriente de cualquier afección médica existente que usted pueda tener. Ahora su PCP será el responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Por lo tanto, si usted tiene alguna inquietud relacionada con la salud, será el primero con quien debe comunicarse. Encontrará el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP impreso en su tarjeta de membresía.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón y en cualquier momento. También podría ocurrir que su PCP dejara de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan y usted tuviera que seleccionar otro PCP.

Molina Medicare tiene una Política de continuidad de cuidado (COC, por sus siglas en inglés) que le permite tener acceso continuo a médicos no contratados en las siguientes situaciones:

Si usted es un miembro nuevo, puede continuar su tratamiento por hasta 90 días:

- Si está en un tratamiento activo con un médico no contratado al momento de la inscripción.
- Si tiene un equipo de médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) vigente – Molina asegurará un acceso continuo a reparaciones y DME necesarios de proveedores no contratados.
- Si está embarazada, usted recibirá continuidad de atención hasta que los servicios de posparto se hayan completado o durante un período más largo, de ser necesario, para una transferencia segura a otro proveedor.

Si usted es un miembro existente, puede recibir continuidad de atención hasta por un año para servicios en curso hasta la discontinuación de un contrato entre Molina y su médico o centro, considerando las siguientes advertencias:

- Los servicios son parte de sus beneficios.
- El servicio del proveedor se no interrumpió debido a problemas en la calidad de la atención.
- El proveedor aceptó seguir atendiéndolo.
- El proveedor ha aceptado las tarifas regulatorias requeridas.

El personal de Molina Medicare trabajará con el médico no contratado para llevarlo a la red de Molina Medicare como un proveedor contratado o trabajará con usted y el proveedor para transferir su atención a un médico dentro de la red de Molina Medicare durante el período de continuidad de la atención de 90 días. La continuidad de la atención se brindará dentro de los límites de sus beneficios.

Excepciones a la política:

1. El personal de Molina Medicare puede extender el período de 90 días el tiempo que sea necesario para satisfacer alguna necesidad excepcional que pudiera tener.
2. Molina no aprobará la continuación de la atención por parte de un proveedor externo si:
    - Usted solo requiere el control de una afección crónica.
    - La interrupción del contrato con el médico se realizó en función de una acción de revisión profesional debido a incompetencia o conducta inapropiada, y su bienestar podría estar en peligro.
    - El médico no está dispuesto a continuar brindándole la atención a usted.
    - La atención con el proveedor que no forma parte de la red se inició **después** de que usted se inscribió en Molina.

El proveedor a cargo de la atención en curso no cumplió con los criterios o las políticas de acreditación de Molina en el pasado o intenta lograr la acreditación al mismo tiempo que proporciona la atención en curso.

Sección 2.2 Tipos de atención médica y otros servicios que usted puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP

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

- Atención médica de rutina para la mujer, la cual incluye exámenes del seno, mamografías de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicoláu y tactos vaginales.
- Vacunas contra la gripe, hepatitis B y neumonía.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios requeridos urgentemente obtenidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red están temporalmente inaccesibles o no están disponibles, p. ej., cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan.

Los servicios de diálisis renal que obtenga en un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de servicios del plan. (Si es posible, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que coordinemos su tratamiento regular de diálisis mientras esté fuera del área. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

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

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Aquí hay unos cuantos ejemplos:

- Atención de oncólogos para pacientes con cáncer.
- Atención de cardiólogos para pacientes con afecciones cardíacas.
- Atención de médicos ortopedistas para pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Para ciertos tipos de remisiones, es posible que su PCP necesite obtener la aprobación previa de nuestro plan (esto se denomina “autorización previa”). Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1.

Es muy importante obtener una remisión (aprobación previa) de su PCP antes de visitar a un especialista de la red o a determinados proveedores (hay algunas excepciones, que incluyen la atención médica de rutina para la mujer o diálisis). Si no obtiene una remisión (aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es probable que usted tenga que hacerse cargo del pago de estos servicios. Si el especialista le indica que debe regresar para recibir más atención, primero deberá verificar que la remisión (aprobación previa) que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubra más consultas con el especialista.

Si quiere utilizar los servicios de determinados especialistas, averigüe si su PCP recomienda pacientes a esos especialistas. Cada PCP del plan elige a determinados especialistas de la red para sus remisiones. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que puede ver. Generalmente, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea visitar a un especialista de la red al que su PCP actual no lo puede remitir. Si desea utilizar determinados hospitales, debe informarse si su PCP utiliza estos hospitales.

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para proveerle un aviso con una antelación de por lo menos 30 días si su proveedor abandona su plan para que así tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor de salud.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar y trabajaremos con usted para garantizarle que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia (la información de contacto se encuentra al reverso de este cuadernillo).

Sección 2.4 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Si necesita atención médica que Medicare nos requiere que cubramos en nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, usted podrá recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, necesitará una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia (la información de contacto se encuentra al reverso de este cuadernillo). Si recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare ni el plan serán responsables de los costos.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos en caso de una emergencia o de atención necesaria de forma urgente o durante una catástrofe

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

Definición de “emergencia médica” y ¿cómo proceder en caso de tener una?

Una **"emergencia médica"** tiene lugar cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de ésta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la recomendación médica de su PCP.
- **En cuanto pueda, asegúrese que su plan haya sido informado de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para Miembros utilizando el número que se encuentra al reverso de la tarjeta de identificación de membresía del plan.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4 de este cuadernillo.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le proveen atención de emergencia para ayudar a controlar la atención que recibe y realizar un seguimiento de ella. Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su condición es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúa estable. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención adicional de alguna de estas dos maneras:

- Recibe la atención adicional de un proveedor de la red.
- *– o –* La atención adicional que usted recibe se considera como “servicios requeridos urgentemente” y usted sigue las reglas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente

¿Qué son los "servicios requeridos urgentemente"?

Los “servicios requeridos urgentemente” son para enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no son de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de

la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tenga.

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

Siempre debe tratar obtener servicios requeridos urgentemente de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles ni accesibles y no es razonable esperar a recibir atención de su proveedor de la red cuando esta se encuentre disponible, cubriremos los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener atención médica urgente usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras al (888) 275-8750. Los usuarios hispanohablantes deben llamar al (866) 648-3537. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda consultar con un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios requeridos urgentemente que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre servicios requeridos urgentemente o ningún tipo de atención que no sea de emergencia fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de su plan.

Visite la siguiente página web: http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare para obtener información acerca de cómo acceder a la asistencia médica necesaria durante una catástrofe.

En general, si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

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

Si usted ha pagado un monto mayor al que corresponde a su parte de los servicios cubiertos, o si ha pagado más de lo que le corresponde de los servicios cubiertos, o si usted ha recibido una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), donde obtendrá más información sobre cómo proceder en estos casos.

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por su plan?

Molina Medicare Options Plus HMO SNP cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se enumeran en la Tabla de Beneficios del plan (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este cuadernillo) y que se obtienen de conformidad con las normas del plan. Usted es responsable del pago total de los servicios no cubiertos por nuestro plan, ya sea porque son servicios no cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no estaban autorizados.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener atención médica urgente usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras al (888) 275-8750. Los usuarios hispanohablantes deben llamar al (866) 648-3537. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos por un servicio o atención médica que quiere obtener, usted tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si le informamos que estos servicios no estarán cubiertos, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*)) encontrará más información sobre qué debe hacer para solicitarnos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si paga los costos una vez que se alcanzó el límite del beneficio, esos costos no se contarán para el cálculo del máximo de gastos de su bolsillo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar cuánto es el beneficio límite de lo que ya ha usado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados “ensayos clínicos”) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo observar la efectividad de un nuevo medicamento contra el cáncer. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos en voluntarios que se ofrecen para ayudar en 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 analizar la eficacia y seguridad de un nuevo enfoque.

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

Una vez que Medicare o nuestro plan haya aprobado el estudio, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el mismo *y* entienda completamente y acepte las condiciones que involucran su participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica que Medicare aprobó, usted *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

Aunque no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **usted sí debe informarnos antes de comenzar su participación en un estudio de investigación clínica**. Nos debe informar su participación porque:

1. Podemos informarle si el estudio de investigación clínica está aprobado por Medicare.
2. Podemos informarle sobre los servicios que recibirá de los proveedores del estudio de investigación clínica en lugar de los proveedores de nuestro plan.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números telefónicos están impresos al reverso de este cuadernillo) para avisarles que estará participando en un ensayo clínico y para conocer más detalles específicos acerca de lo que su plan pagará.

Además, debería contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros (la información de contacto se encuentra en la cubierta posterior de este cuadernillo) o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6) para obtener más información sobre los servicios cubiertos por Medicaid y comprender todas sus opciones de cobertura.

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto?

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cubiertos los elementos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen:

- Habitación y comidas para una internación en el hospital que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

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

compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que recibe como parte del estudio a la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan.

El siguiente ejemplo explica el funcionamiento de costo compartido: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de $100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de $20 con Medicare Original, pero la prueba solo sería de $10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 para la prueba y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es la misma suma que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, deberá enviar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de sus avisos de resumen de Medicare u otro documento que muestre los servicios que recibió como parte del estudio y que especifique el importe que adeuda. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni su plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participa en un estudio.
- Artículos y servicios que usted o cualquier participante recibe del estudio de manera gratuita.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubriría los gastos por tomografías computarizadas (TC) mensuales que se realicen como parte del estudio, si su afección médica normalmente requeriría sólo una TC.

¿Quiere más información?

Para más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica lea la publicación “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” en la página web de Medicare (https://www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud es un centro que provee atención para una afección que normalmente se trataría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de cuidado experto contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada al cuidado de la salud. Podrá optar por recibir atención médica en cualquier momento 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 al cuidado de la salud.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención médica en una institución no médica religiosa está cubierta por nuestro plan?

Para recibir atención en una institución religiosa de salud no médica, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que usted 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 *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico "exceptuado" se refiere a cualquier tipo de atención médica o tratamiento que usted recibe que no sea voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

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

- El centro que provee la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención de internación hospitalaria o en un centro de enfermería especializada.
  - – *y* – Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su internación no estará cubierta.
  - – *y* – Pueden aplicarse las limitaciones de cobertura de internación hospitalaria de Medicare (consulte el beneficio en el Capítulo 4).

Además, debería contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros (la información de contacto se encuentra en la cubierta posterior de este cuadernillo) o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6) para obtener más información sobre los servicios cubiertos por Medicaid y comprender todas sus opciones de cobertura.

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

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos bajo nuestro plan?

Equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas eléctricos para colchones, muletas, suministros para diabetes, dispositivos reproductores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, que un proveedor ordena para usar

en casa. El miembro es dueño de determinados elementos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, mencionamos otros tipos de DME que usted debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME se hacen propietarios del equipo después de hacer los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, usted no se hará propietario del DME alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Bajo determinadas circunstancias limitadas, nosotros pasaremos la propiedad del artículo DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe proporcionar.

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

Si no adquirió la propiedad del equipo médico duradero (DME) mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para convertirse en su propietario. Los pagos que usted realizó mientras estaba en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

Si hizo menos de 13 pagos para el equipo médico duradero (DME) conforme a Medicare Original *antes* de inscribirse en nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco cuentan hacia los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Medicare Original para convertirse en su propietario. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Medicare Original.

CAPÍTULO 4

Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de sus gastos de su propio bolsillo por servicios cubiertos..... 55

Sección 1.1 Tipos de gastos de su propio bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos..... 55

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible anual del plan?..... 55

Sección 1.3 Nuestro plan también tiene un deducible separado para determinados tipos de servicios..... 56

Sección 1.4 ¿Cuál es la suma máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?..... 56

Sección 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen "facturaciones de saldo"..... 57

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará..... 58

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan..... 58

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Options Plus HMO SNP?..... 93

Sección 3.1 Los servicios *no* cubiertos por Molina Medicare Options Plus HMO SNP..... 93

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?..... 94

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)..... 94

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios que están cubiertos y lo que usted paga por ellos. Incluye una Tabla de Beneficios que enumera los servicios cubiertos y se indica el monto que pagará por cada servicio cubierto como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP. 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 su propio bolsillo que probablemente pague por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- El **"deducible"** es la cantidad que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1.2, encontrará más información sobre su deducible del plan). (En la Sección 1.3 encontrará más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- Un **"copago"** es la suma fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe hacer un copago al momento de recibir el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios de la Sección 2, encontrará más información sobre sus copagos).
- **"Coseguro"** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

Si recibe ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, probablemente no pague nada por sus servicios cubiertos, dependiendo de su nivel de Medicaid, siempre y cuando siga las reglas del plan para recibir atención, porque usted recibe ayuda de Medicaid con el costo compartido de Medicare Parte A y Parte B.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Su deducible anual es de $0 o $183 en 2017. Este monto puede modificarse para 2018. Esta es la suma que deberá pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por los servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado la suma 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 del copago o suma del coseguro por el resto del período de beneficios.

El deducible no aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios aunque todavía usted no haya pagado su deducible anual. El deducible no aplica a los siguientes servicios:

Suministros y servicios para la diabetes
Beneficios suplementarios de salud y bienestar elegibles
Atención de emergencia

Exámenes para los ojos y elementos para la vista (Suplementario)
Servicios de cuidado médico a domicilio
Hospitalización por condición aguda para pacientes internos
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internos
Servicios educativos sobre enfermedades renales
Comidas
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare
Medicamentos de venta libre
Medicamentos recetados
Servicios preventivos
Servicios preventivos e integrales dentales
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)
Servicios de transporte
Servicios requeridos urgentemente

Si reúne los requisitos para costo compartido de asistencia de Medicare por medio de Medicaid, usted no tiene deducible.

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

El plan tiene una suma de deducible anual para los siguientes tipos de servicios:

- Nuestra cantidad de deducible anual para atención hospitalaria para pacientes internados es de $0 o $1,316 los días 1 a 60, según su nivel de elegibilidad de Medicaid (la suma de $1,316 de 2017 puede cambiar para 2018). Hasta que haya pagado la suma deducible, deberá pagar el costo total de los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (la cantidad de su copago) por el resto del período de beneficios.
- Nuestra cantidad de deducible anual para la atención mental para pacientes internados es de $0 o $1,316 los días 1 a 60, según su nivel de elegibilidad de Medicaid (la cantidad de $1,316 de 2017 puede cambiar para 2018). Hasta que haya pagado la suma deducible, deberá pagar el costo total de los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (la cantidad de su copago) por el resto del período de beneficios.

Si reúne los requisitos para costo compartido de asistencia de Medicare por medio de Medicaid, usted no tiene deducible.

Sección 1.4 ¿Cuál es la suma máxima que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su propio bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable por pagar ningún costo de su propio bolsillo que cuente hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de Parte a y Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted tiene que pagar de su propio bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina cantidad máxima de su propio bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, la cantidad máxima que tendrá que pagar de su propio bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2018 es $6,700. Las cantidades que usted paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan hacia esta cantidad máxima de su propio bolsillo. (Las sumas que paga por las primas de su plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de la cantidad máxima de su propio bolsillo. Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos). Si usted alcanza la suma máxima de su propio bolsillo de $6,700, usted no tendrá que pagar ningún otro costo de su propio bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, aún debe continuar pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte (B la pague Medicaid o un tercero).

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

Como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, un factor de protección importante para usted es que, después de cumplir con los deducibles, solo debe pagar la cantidad de costo compartido 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 usted nunca paga más del monto de costo compartido en el costo) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e 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.
- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende de a 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, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (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

no participantes. (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 hecho una "facturación de saldo", llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

Si usted reúne los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, nosotros no le permitimos a proveedores que le cobren por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Si recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios* para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

En la Tabla de Beneficios de las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre Molina Medicare Options Plus HMO SNP y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluyendo atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser médicamente necesarios. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no 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 proveedor de atención primaria (PCP) que proporciona y supervisa su cuidado. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle a usted una “recomendación médica”. Para obtener más información sobre cómo obtener una remisión y sobre los casos en los que no necesita una, consulte el Capítulo 3.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios 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 con un signo +.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. Medicaid cubre su costo compartido por servicios de Medicare, incluyendo servicios

hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como los servicios de planificación familiar.

- Como todos los Planes de Salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original cubre. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual *Medicare y usted 2018*. Véalo en línea en https://www.medicare.gov o pida una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo conforme a Medicare Original, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2018, ya sea Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.
- Si está en el período de 6 meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos que correspondan del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, Molina Medicare ofrece un período de gracia de seis (6) meses de Pérdida de Medicaid (LOM, por sus siglas en inglés) que deja a los miembros tiempo suficiente para volver a solicitar Medicaid y reintegrarse si todavía reúnen los medicamentos. Durante el período de gracia de LOM el miembro se mantiene en su totalidad y su costo compartido de la Parte C y costo compartido de bajos ingresos de la Parte D (LICS) / subsidio de prima de bajos ingresos (LIPS) permanecen como si no tuvieran ningún cambio.

Si ya no es elegible para la asistencia en el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, mientras cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

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

Tabla de Beneficios

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal Un examen de detección con ultrasonido una única vez para pacientes en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para este por parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de ambulancia + • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado de 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 afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. Se requiere autorización previa solamente para transporte que no sea de ambulancia de emergencia.	0% o 20% del costo (viaje de ida)
Visita anual de bienestar Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva 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. **Aviso**: su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de "Bienvenida a Medicare" para tener cobertura para visitas 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 pacientes 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 médicamente necesarios: pruebas para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluyendo un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mama cada 24 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoría 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.	El 0% o 20% del costo para servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) (para un máximo de 2 sesiones de una hora por día hasta 36 sesiones hasta por 36 semanas)
Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión sanguínea y darle consejos para asegurarse de que usted esté alimentándose correctamente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
Detección 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 enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: se cubren pruebas de Papanicoláu y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de desarrollar cáncer vaginal o del cuello uterino o si los resultados de la prueba de Papanicoláu en los últimos 3 años no han sido normales y usted se encuentra en edad fértil: una prueba de Papanicoláu cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicoláu y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	0% o 20% del costo
Examen de detección de cáncer colorrectal Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta fecal basada en guaiac (gFOBT, por sus siglas en inglés). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés). Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años. Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía (o examen 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 colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopía.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Los servicios dentales cubiertos por Medicare están limitados a una atención médica no rutinaria. Consulte el beneficio sobre "Servicios del médico / proveedor médico" en este cuadernillo.	$0 de copago

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales (suplementarios)* Máxima cantidad de cobertura de $1,250 en el beneficio de plan para servicios preventivos e integrales. **Beneficios preventivos:** • Exámenes Orales: hasta 2 por año (D0120, D0150) Exámenes bucales integrales (D0150) están permitidos una vez cada 3 años. • Profilaxis (limpieza): hasta 2 por año (D1110) • Tratamientos con fluoruro: 1 al año (D1208) • Radiografía dental: 1 serie de radiografías panorámicas de mordida cada año, de 2 placas (D0272) o 4 placas (D0274). 1 serie completa de radiografías de la boca (D0330) cada 3 años. Si el miembro recibe radiografías completas de la boca, el miembro no puede recibir radiografías de mordidas durante ese año natural. Se incluyen servicios dentales preventivos dentro de la cantidad máxima anual de beneficio de cobertura del plan de $1250. **Beneficios integrales +:** • Raspado de sarro (limpieza profunda) - hasta 4 cuadrantes cada 24 meses (D4341, D4342) • Servicios reconstituyentes: hasta 4 reconstituyentes al año (D2140-D2160, D2330-D2335, D2391-D2394) • Extracciones sencillas - limitadas a 5 por año (D7140) • Coronas y reparación de coronas: cubierto. (D2710, D2740, D2751, D2752, D2781, D2782, D2791, D2792, D2915, D2920, D2950, D2954, D2980) • Endodoncias o tratamiento de conducto radicular: cubierto. (D3221, D3310, D3320, D3330, D3346, D3347, D3348) • Puentes y reparación de puentes: cubierto. (D6205, D6211, D6241, D6245, D6251, D6710, D6721, D6740, D6751, D6781, D6791, D6930, D6980) • Ajustes de dentadura postiza: hasta 2 de cualquiera de estos 4 ajustes de dentadura postiza cada año. (D5410, D5411, D5421, D5422)	$0 de copago por visita al consultorio dental. Dependiendo de la necesidad clínica, es posible que no todos los procedimientos que recomiende un dentista estén cubiertos. Para minimizar su responsabilidad económica, necesita pedir al dentista un plan de tratamiento dental por escrito, antes de aceptar cualquier trabajo. Pida al dentista que detalle todos los costos que el plan pagará y lo que usted tendrá que pagar de su propio bolsillo. Los dentistas dentro de la red pueden cobrar tarifas normales, razonables y habituales por todos los servicios que no están cubiertos bajo su beneficio dental suplementario. Usted es responsable de pagar por cualquier servicio dental suplementario recibido de un proveedor que no está en la red. Usted es responsable de pagar los procedimientos cuando la cobertura máxima para ese servicio se haya cumplido.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Dentadura postiza: asignación máxima de $500 por año. Máximo de dentadura postiza de $500 cuenta para la cantidad máxima de $1,250 de cobertura de beneficio del plan. (D5110, D5120, D5225, D5226) Algunos servicios dentales suplementarios requieren una autorización previa. Su proveedor dental de la red gestionará cualquier autorización necesaria en su nombre Estos códigos se pueden actualizar por la Asociación Dental Americana (ADA) durante el año. Llame al Departamento de Servicios a los Miembros si tiene preguntas acerca de un código dental. El número de teléfono está impreso en la cubierta posterior de este cuadernillo.	
Examen de detección de depresión Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). 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, puede reunir ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para probar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. + • Para pacientes diabéticos con pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año natural (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 cierta condición. Nosotros cubrimos suministros para la diabetes por medio de un fabricante preferido sin una preautorización. Cubriremos otras marcas si usted obtiene una autorización previa de nosotros.	$0 de copago para suministros de control de la diabetes $0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes* $0 de copago para calzado ortopédico o plantillas ortopédicas
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados + (La definición de “equipo médico duradero” se incluye en el Capítulo 12 de este cuadernillo). Los elementos cubiertos incluyen entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchón, suministros de diabetes, camas de calidad hospitalaria ordenada por un proveedor para uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos reproductores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. 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.	0% o 20% del costo Si visita un proveedor preferido, el costo puede ser menor. Comuníquese con nosotros para obtener una lista de proveedores preferidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica tiene lugar cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de ésta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. 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.	0% o 20% del costo hasta $80 por consultas en la sala de emergencias cubiertas por Medicare. El copago está exento si es admitido dentro de las primeras 24 horas Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención durante hospitalización en un hospital fuera de la red, y la suma que le corresponda pagar será el costo compartido más elevado que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficio de gimnasio (suplementario) * Molina está asociado con American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness) para proporcionar el programa FitnessCoach®, una membresía a centros de ejercicio físico participantes o membresía al programa de ejercicios en casa de FitnessCoach® para miembros que no pueden acudir a un centro de ejercicio físico o prefieren hacer ejercicio en casa. Simplemente escoja participar en centros de ejercicio físico en línea ingresando a FitnessCoach.com o llame a Servicio al Cliente de FitnessCoach® al 1-888-369-2746 o TTY / TDD al 711, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico), excepto días feriados. Nosotros le enviaremos por correo una tarjeta de ejercicio físico. Una vez que haya elegido un centro de ejercicio físico, lleve su tarjeta de ejercicio físico al centro de ejercicio de su elección y comience a usar los servicios del centro el mismo día. Si usted escoge inscribirse en el Programa FitnessCoach® Home Fitness, usted puede hacerlo en línea en FitnessCoach o llamando a Servicio al Cliente de FitnessCoach®, al 1-888-369-2746 o TTY / TDD al 711, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora del Pacífico), excepto días feriados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de gimnasio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar Nuestros programas de salud lo ayudan a controlar sus afecciones de salud crónica, como asma, EPOC, diabetes y enfermedad cardíaca. Puede inscribirse y estará inscrito en estos programas en una de tres maneras: • Está automáticamente inscrito en el o los programas que responden mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia. • Puede inscribirse a través de su proveedor. • Puede remitirse por sí mismo a los programas. Deben cumplir determinados requisitos. Estos programas son voluntarios. Puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento. Nuestros programas de salud ofrecen materiales de aprendizaje, asesoramiento y consejos de atención. También lo ayudamos a trabajar con su proveedor. El objetivo es ayudarlo a aprender a controlar sus afecciones de salud. Además de los programas que ofrecemos para controlar las afecciones de salud crónicas, ofrecemos otros programas de salud y bienestar, como: • Un programa para dejar de fumar reconocido a nivel nacional. • Un programa para el control del peso. • Servicios de atención médica para la mujer (incluyen servicios como prueba de Papanicoláu, mamografías y planificación familiar). • Programa de embarazo Motherhood Matters® • Asesoramiento nutricional telefónico individual, con remisión.* Muchos de estos programas le brindan materiales de educación para la salud, tarjetas de recordatorios de citas o llamadas telefónicas y novedades sobre eventos comunitarios que promueven la salud y el bienestar.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de salud y bienestar. Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante al año contractual estará cubierto con un copago de $0. La intervención nutricional telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. Si necesita o desea más información o seguimiento le dimos nuestra información de contacto.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
También ofrecemos una Línea de Consejos de Enfermeras las 24 horas al día sin cargo. Los miembros pueden llamar las 24 horas del día, los 365 días del año. Nuestras enfermeras están listas para responder sus preguntas médicas. Puede hablar con una enfermera para recibir consejos de atención médica en su idioma. Ellas lo ayudarán a obtener la atención médica que necesita.	
Servicios de audición (cubiertos por Medicare) 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. Los exámenes diagnósticos de la audición cubiertos por Medicare se realizan para determinar si necesita o no tratamiento médico o audífonos. • El examen incluye antecedentes detallados de su pérdida de la audición, una evaluación audiológica completa y una audiometría del habla con reconocimiento del habla. • Este tipo de examen se basa en una necesidad médica, como una pérdida de la audición debido a enfermedad, lesión o cirugía. Los exámenes diagnósticos de la audición son recetados por su médico de atención primaria y están cubiertos en tanto se basen en una receta médica debido a una necesidad médica.	0% o 20% del costo
Examen de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor 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 aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de agencias de atención médica a domicilio + Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su domicilio, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de enfermería especializada y de un asistente de atención en el domicilio de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un asistente de atención en el domicilio combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Terapia física, ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	$0 de copago por visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuidados paliativos Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidados paliativos cuando su doctor y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor dentro de la red o fuera de esta. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Servicios de respiro a corto plazo. • Atención a domicilio. Para servicios de centros de cuidados paliativos y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios de cuidados paliativos relacionados a su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios pagados por Medicare Original. Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal: si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que use un proveedor que forme parte de la red de nuestro plan: • Si recibe servicios cubiertos por un proveedor de la red, solamente paga el monto de costo compartido del plan para servicios de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “arancel por servicio” de Medicare (Medicare Original). Para servicios que están cubiertos por Molina Medicare Options Plus HMO SNP, pero no por Medicare Parte A o B: Molina Medicare Options Plus HMO SNP seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o 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.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original efectúa el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, y no Molina Medicare Options Plus HMO SNP.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Para medicamentos que se encuentren cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: los medicamentos no se cubren nunca por cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare*) **Nota**: si necesita cuidados no paliativos (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los enfermos terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez por año en el otoño o el invierno. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas, si usted corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas de la neumonía, gripe y Hepatitis B.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención durante internación en hospital + Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • 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 habitación de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Los copagos para los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido cuidado como paciente internado (o cuidado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días. En 2017, los montos por cada período de beneficios fueron de $0 o: • $1,316 de deducible para los días 1 a 60 • $329 de copago por día para los días 61 a 90 $658 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, 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 procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran en una ubicación distante, puede elegir ir a una ubicación local o a la ubicación distante, siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Molina Medicare Options Plus HMO SNP proporciona servicios de trasplante en un lugar alejado (fuera del área de servicio) y usted opta por recibir trasplantes allí, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera. • Servicios del médico. **Nota**: para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden 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 del hospital. 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 en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, 7 días a la semana.	Estas cantidades pueden cambiar para el 2018. Si usted recibe atención durante internación autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su cuadro de emergencia, el costo es el costo compartido más alto que usted debería pagar en un hospital dentro de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de salud mental como paciente internado + • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital.	Nuestro plan cubre hasta 190 días en toda la vida de atención mental para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención en hospital para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general. Los copagos para los beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) están basados en períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido como paciente internado y finaliza cuando no ha recibido cuidado como paciente internado (o cuidado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan cubre 90 días para una internación en hospital. El plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días. En 2017, los montos por cada período de beneficios fueron de $0 o:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	• $1,316 de deducible para los días 1 a 60 • $329 de copago por día para los días 61 a 90 $658 de copago por día durante 60 días de reserva de por vida Estas cantidades pueden cambiar para el 2018.
Internación hospitalaria: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación hospitalaria que no está cubierta + Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • 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 luxaciones. • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo que permanentemente no funciona o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos que se requieren para roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente. • Terapia física, del habla y ocupacional.	El plan aún pagará el costo de doctores y otros servicios médicos que estén cubiertos, conforme se indique en este cuadernillo.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficio de alimentos (Suplementario) * + Este programa está diseñado únicamente para mantenerlo saludable y fuerte mientras se recupera después de una estadía para pacientes internados o una internación en un centro de enfermería especializada (SNF). Si usted reúne los requisitos, su Administrador de Casos lo inscribirá en el programa. Es posible que también reúna los requisitos si su médico solicita este beneficio para usted por su afección crónica. Este beneficio proporciona 2 comidas al día por 14 días. Con aprobación adicional, puede obtener otros 14 días de 2 comidas al día. El máximo son 56 comidas en el curso de 4 semanas.	$0 en copago por hasta 56 alimentos de entrega a domicilio.
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para pacientes diabéticos, 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 Medicare Original) 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 natural.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia en nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) a partir del 1 de abril del 2018, Los servicios del MDPP se cubrirán para los beneficios de Medicare que sean elegibles bajo los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambiar la conducta de salud y proporciona capacitación práctica que ayudará a cambiar la dieta a largo plazo, aumentar actividad física, y crear estrategias para resolver obstáculos en superar retos para conservar la pérdida de peso y llevar una vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Medicamentos recetados de Medicare Parte B + Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por 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 por inyección o instalación mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Medicamentos administrados por medio de equipos médicos duraderos (como nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de coagulación que se autoadministran por inyección, si usted tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió un trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos oncológicos orales y contra las náuseas. • Ciertos medicamentos para diálisis en casa, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de eritropoyesis (tales como Procrit® y Epoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de 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.	0% o 20% del costo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Asesoramiento nutricional (suplementario) * Hasta 12 sesiones de asesoramiento de nutrición por teléfono, de 30 a 60 minutos cada sesión. Su médico le puede proporcionar una remisión para este beneficio.	$0 de copago
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento psicológico intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento psicológico está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
Pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos ambulatorios y suministros + Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos. • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.	$0 o 20% del costo para servicios radiológicos de diagnóstico (como IRM y TC) $0 o 20% del costo para pruebas y procedimientos $0 de copago para servicios de laboratorio $0 o 20% del costo para radiografías para pacientes ambulatorios $0 o 20% del costo para servicios radiológicos terapéuticos (como tratamiento de radiación para el cáncer)

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios ambulatorios de hospital + Cubrimos los servicios médicamente necesarios 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: • 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 internación sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. **Nota**: a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirle como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y pagar los montos de costo compartido por servicios de atención hospitalaria ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. 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 en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, 7 días a la semana. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.	0% o 20% del costo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	$0 o 20% del costo para consultas de terapia grupal ambulatoria $0 o 20% del costo para consultas de terapia individual ambulatoria
Servicios de rehabilitación para pacientes externos + Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los Centros de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF, por sus siglas en inglés).	$0 o 20% del costo para consultas de terapia ocupacional $0 o 20% del costo para consultas de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Servicios ambulatorios no residenciales prestados para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de medicamentos farmacéuticos. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos así como también asesoramiento tradicional.	$0 o 20% del costo para consultas de terapia grupal ambulatoria $0 o 20% del costo para consultas de terapia individual ambulatoria
Cirugías ambulatorias, incluidos 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 lo considerará un paciente internado 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”.	$0 o 20% del costo de los servicios en servicios de un centro de cirugía $0 o el 20% del costo para servicios de atención ambulatoria en hospital

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementarios) * Cubrimos medicamentos de venta libre (OTC), productos como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicina para tos o catarro y vendas. Su asignación de 3 meses estará disponible para su uso en enero, abril, julio y octubre. Usted obtiene una suma en dólar cada 3 meses que puede usar para comprar artículos aprobados por el plan. Cualquier cantidad que usted no use se pasará a los siguientes 3 meses. Asegúrese de gastarlo todo antes del final del año porque se vence al final del año natural. El envío es gratis. Usted no necesita una receta de su médico para obtener artículos OTC. Usted puede hacer un pedido llamando al 866-420-4010, por internet en www.MolinaHealthcareOTC.com o por correo postal. Consulte su catálogo de artículos de venta sin receta médica (OTC) o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información y una lista completa de los artículos de OTC.	Usted recibe una asignación de $60 para OTC cada 3 meses. Usted paga $0 para artículos OTC siempre y cuando permanezca dentro de su asignación de beneficio OTC de 3 meses, cuando haga su pedido en línea, llame por teléfono o compre sus productos de venta libre aprobados para orden por correo.
Servicios de hospitalización parcial + “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo provisto en un ámbito 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 internación en el hospital.	0% o 20% del costo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Cuidados médicos o quirúrgicos necesarios desde el punto de vista médico en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Pruebas básicas de audición y equilibrio realizadas por su PCP, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención odontológica 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). Antes de consultar un especialista, consulte a su proveedor de atención primaria para que le dé una remisión.	0% o 20% del costo para consultas médicas de atención primaria 0% o 20% del costo para consultas médicas con especialistas
Servicios de podología (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidados de los pies de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	0% o 20% del costo para consultas al podólogo y atención del pie médicamente necesario cubiertos por Medicare si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Exámenes para detectar 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: • Examen rectal digital. • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados + Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte “Cuidados de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información.	0% o 20% del costo
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	0% o 20% del costo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicas. Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de orientación psicológica por año (si es competente y está alerta durante la orientación psicológica) proporcionadas por un profesional de la medicina o médico o de atención primaria calificado, en un entorno de atención primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento psicológico para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubiertos por Medicare.
Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Miembros elegibles incluyen**: personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes-año o que actualmente fuman o han dejando de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón 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. *Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial*: el afiliado debe recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer de pulmón LDCT, el cual puede proporcionarse durante cualquier consulta apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (ITS): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ITS cuando un proveedor 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 ITS. Solamente cubrimos estas sesiones de orientación psicológica como servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de ITS y asesoramiento para evitarlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades y trastornos renales Los servicios cubiertos incluyen: • 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 renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra provisionalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales). • Entrenamiento en autodiálisis (incluye entrenamiento para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de soporte a domicilio (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos bajo su beneficio para medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener más información acerca de la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la sección, "Medicamentos recetados de Medicare Parte B".	$0 de copago para servicios educativos para enfermedades renales 0% o 20% del costo de diálisis renal cubierta por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) + (La definición de "centro de enfermería especializada" se incluye en el Capítulo 12 de este cuadernillo. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Terapia física, ocupacional y 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). • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera. • 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 / proveedores médicos. En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en el caso de ciertas afecciones, como las que se enumeran a continuación, podrá recibir atención en un centro que no sea proveedor de la red, si el centro acepta las cantidades de nuestro plan como pago. • Una casa de reposo o una 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. No se requiere una estadía hospitalaria previa. En 2017, los montos por cada período de beneficios fueron de $0 o: • Usted no paga nada por los días 1 a 20 • $164.50 de copago por día para los días 21 a 100 Estas cantidades pueden cambiar para el 2018. Un periodo de beneficios empieza el primer día que usted es paciente internado en un hospital o establecimiento de enfermería especializada. Esto termina cuando usted no ha recibido atención como paciente internado en un hospital o centro de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si ingresa a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No existe un límite de cuántos períodos de beneficio usted puede tener.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dejar de fumar y de usar tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: 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 aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y usar tabaco cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Transporte (suplementario) * Use este beneficio de transporte que no sea de emergencia cuando necesite ser llevado hacia y desde los centros de cuidados médicos aprobados por el plan como el consultorio de su médico, el consultorio de su dentista, clínica médica, tienda de anteojos, farmacia y otros lugares donde reciba beneficios cubiertos. Si necesita atención de emergencia, marque 911 y solicite una ambulancia. El transporte en ambulancia está cubierto por el beneficio de ambulancia y no cuenta como un viaje de ida para este beneficio. Una vez que se agote su beneficio suplementario de transporte que no sea de emergencia bajo este plan, puede tener cobertura adicional con Medicaid. Para obtener más información, debe contactarse con su asegurador de Medicaid. El transporte puede incluir un sedán, vehículo equipado con silla de ruedas o vehículo para camillas. A cada lugar que lo lleven y/o lo recojan se considera un viaje o un viaje de ida. Ejemplo: • Va a su médico para una consulta médica – esto se considera 1 tramo o 1 viaje de un solo sentido. • Del consultorio del médico se va al dentista – este es otro viaje o el 2.º viaje de un solo sentido. • De camino a casa la dejan en la farmacia para recoger sus medicamentos – esto se cuenta como otro viaje o el 3.er viaje de un solo sentido. • Después de la farmacia, regresa a casa – este es otro viaje, el 4.º viaje pero de un solo sentido.	$0 de copago por hasta 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año natural.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios requeridos urgentemente Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no es de emergencia, imprevista, que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.	0% o 20% del costo (hasta $65)
Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • 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. Medicare Original no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, nosotros cubriremos una prueba para detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabetes, afroamericanos mayores de 50 años, así como hispanoamericanos de 65 años de edad en adelante.* • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto 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).	0% o 20% del costo por: Cuidado para la vista, como exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas, cubiertos por Medicare. $0 de copago para: un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuidados de la vista (suplementarios)* Usted puede recibir 1 examen de la vista rutinario para anteojos o lentes de contacto por año natural. Su beneficio también incluye una asignación de elementos para la vista que puede usar para comprar lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas), lentes, marcos o mejoras.	$0 de copago Pagamos hasta $150 cada 2 años naturales por anteojos.
Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" El plan cubre una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante**: cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare” únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Options Plus HMO SNP?

SECCIÓN 3.1 Servicios *no* cubiertos por Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Medicare Options Plus HMO SNP pero están disponibles por medio de Medicaid:

Acupuntura
Consultas prenatales y de posparto con el médico, ultrasonidos, clases de preparación para el parto, parto y dar a luz, estancia hospitalaria para atención médica para el bebé

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

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

En la siguiente tabla, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos por el plan de salud bajo ningún concepto o que están cubiertos por el plan solamente en situaciones específicas.

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 más información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 6.3 de este cuadernillo).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las normas de Medicare Original	✔	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según nuestro plan o Medicare Original.		✔ Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por su plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✔ Solo cubierto cuando es médicamente necesario.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o institución de enfermería especializada, tal como un teléfono o televisor.	✔	
Atención de enfermería de tiempo completo en su domicilio.	✔	
*Los cuidados de custodia son cuidados que se brindan en una residencia para ancianos, un centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✔	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✔	
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✔	
Cirugías o procedimientos cosméticos		✔ • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Atención quiropráctica de rutina		✔ Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cuidados del pie de rutina		✔ Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, p. ej., si padece de diabetes. Este plan ofrece cobertura adicional. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.
Calzado ortopédico		✔ Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y está incluido en el costo del dispositivo o el calzado para personas con afección de pie diabético.
Dispositivos de soporte para pies		✔ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Exámenes de audición de rutina, audífonos o exámenes para adaptar los audífonos.	✔	
Queratotomía radial, cirugía LASIK, terapia visual y otros tipos de dispositivos para la visión disminuida.		✔ Este plan ofrece cobertura adicional. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.
Anulación de procedimientos de esterilización y dispositivos anticonceptivos no recetados.	✔	
Acupuntura	✔	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✔	

*El cuidado de custodia es la atención 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.

CAPÍTULO 5

Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Sección 1 Introducción ... 101
Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D ... 101
Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan ... 102
SECCIÓN 2 Adquiera su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan ... 102
Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, use una farmacia de la red ... 102
Sección 2.2 Búsqueda de farmacias de la red ... 103
Sección 2.3 Cómo usar los servicios del plan pedidos por correo ... 103
Sección 2.4 Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos ... 104
Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan ... 105
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan ... 106
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos ... 106
Sección 3.2 Hay cinco (5) "categorías de costo compartido" para los medicamentos en la Lista de medicamentos ... 107
Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos ... 107
SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos ... 108
Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos? ... 108
Sección 4.2 ¿Qué clase de restricciones? ... 108
Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? ... 109
SECCIÓN 5 Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que lo estuviera ... 110
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 ... 110
Sección 5.2 Qué hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento ... 110
Sección 5.3 Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta ... 112

SECCIÓN 6 Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que utiliza ... 113

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 113

Sección 6.2 Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando ... 113

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ... 114

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 114

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta médica ... 116

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía ... 116

Sección 8.2 ¿Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía consigo? ... 116

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 116

Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan? ... 116

Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo? ... 116

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados? ... 117

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare? ... 118

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos ... 118

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad ... 118

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ... 119

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

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los costos del Plan de Medicamentos Recetados. Si usted está en el programa "Ayuda Adicional", **alguna información contenida en esta *Evidencia de Cobertura* sobre medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse para su caso.** Le enviamos un anexo por separado, titulado "Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados" (también conocida como "Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos" o "cláusula adicional LIS"), que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la "Cláusula adicional LIS". (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D

Este capítulo **describe las reglas de utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. El siguiente capítulo le informa lo que usted debe pagar por medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, Molina Medicare Options Plus HMO SNP también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que usted recibe durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de enfermería especializada. A través de la cobertura de beneficios Medicare Parte B, nuestro plan cubre medicamentos, incluyendo ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables administrados durante una visita al consultorio y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*), 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 Parte B.

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

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

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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

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

- Un proveedor de la red (un médico, dentista u otro recetador) debe escribir su receta médica.
- Su recetador deberá aceptar Medicare o presentar la documentación a CMS para comprobar que está calificado para escribir recetas médicas; de lo contrario, su reclamo de Parte D será denegado. La próxima vez que se comunique o tenga cita con sus recetadores, debería preguntarles si cumplen con esta condición. En caso negativo, tenga en cuenta que a su recetador le lleva tiempo presentar los papeles necesarios para su tramitación.
- En general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para obtener su medicamento. (Consulte la Sección 2: *adquiera el medicamento recetado en 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 "Lista de medicamentos" para abreviar). (Consulte la Sección 3: *sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

SECCIÓN 2 Adquiera su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Para que su receta médica esté cubierta, use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si los medicamentos se adquieren en las farmacias de la red del plan. (Lea 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 bajo 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 Búsqueda de 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 proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita la renovación de un 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 asistencia del Departamento de Servicio para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o utilizar el Directorio de proveedores/farmacias. También puede obtener información en nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿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.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo. Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en una instalación LTC, debemos asegurarnos que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que normalmente es la farmacia que utiliza la instalación LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación LTC, consulte con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que sirven al Servicio de Salud para Indígenas Americanos o al 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 dispensan ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manejo extraordinario, 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 proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios del plan pedidos por correo

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 de forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de

pedidos por corr eo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "pedido por correo "** en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos que no están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con "NM" para indicar que no son parte de pedidos por correo en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de **hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o visitar nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en menos de 14 días. Si hay una necesidad urgente o si este pedido se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) para obtener ayuda para recibir un suministro provisional de su receta.

Las recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Una vez que la farmacia recibe una receta médica de un proveedor de atención médica, lo contactará para ver si quiere que el medicamento se suministre de inmediato o en otro momento. Esto le permitirá asegurarse que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, detener o retrasar la orden antes de que se le cobre y se envíe. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted, para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Renovaciones para recetas médicas. Para renovar sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada renovación 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 renovación automática, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se terminen sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para salirse del programa que prepara automáticamente el resurtido de medicamentos, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o visitar nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

De este modo, la farmacia puede comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo. Asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted. Para informar las preferencias de comunicación, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o visitar nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. 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, para una afección médica

crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a la farmacia minorista.

1. **En algunas farmacias minoristas** de nuestra red usted puede obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de proveedores y farmacias* le indica cuáles son las farmacias de su red que le pueden proveer un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de **pedidos por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como **medicamentos de "pedido por correo"** en nuestra Lista de medicamentos. 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 requiere que se ordene un suministro de hasta 90 días. Lea la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de pedidos por correo.

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede adquirirlos en una farmacia de la red. Para ayudarlo, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, estos son los casos en que cubrimos medicamentos recetados cubiertos adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si el medicamento recetado está relacionado con la atención médica requerida urgentemente.
- Si estos medicamentos recetados están relacionados con la atención en caso de una emergencia médica.
- La cobertura estará limitada a un suministro de 30 días, a menos que la receta se haya expedido para un período menor.

En estas situaciones, **verifique primero con el Departamento de Servicios para Miembros** para determinar si existe una farmacia de la red cerca de usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo). 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 tendrá que 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 Capítulo 7, Sección 2.1, explica cómo solicitar el reembolso del plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan establece una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)".* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos en forma abreviada “Lista de medicamentos”.**

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento 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 Medicare de la Parte D (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 se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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 médicamente aceptada” consiste en el uso de un medicamento *que*:

- esté aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, que el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado);
- -- *o* -- se encuentra avalado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son la Información sobre medicamentos incluidos en el formulario hospitalario; el Sistema de información DRUGDEX; el USPDI o su sucesor; y, para el cáncer, la Red nacional integral de cáncer y Farmacología clínica o sus sucesores).

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.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- Asimismo, Medicaid puede cubrir medicamentos recetados adicionales. Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

Sección 3.2 Hay cinco (5) “categorías de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en una de cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (el costo compartido más bajo)
- Categoría 2: genérico
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamentos no preferidos
- Categoría 5: categoría especializada (el costo compartido más elevado)

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

La suma que usted debe pagar por los medicamentos en cada categoría de costo compartido se especifica en el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Existen tres (3) maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visite la página web del plan (http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de Servicio para Miembros para averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

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 afección médica. 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 solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 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 de 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 ¿Qué clase de restricciones?

Nuestro plan establece diferentes tipos de restricciones para que nuestros miembros utilicen sus medicamentos de la manera más eficaz. Las siguientes secciones incluyen más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

- Límites de cantidad: podemos restringir la cantidad de recetas médicas según la seguridad y la eficacia.
- Autorización previa: el plan puede utilizar estos requisitos de aprobación previa para asegurar que el medicamento se esté usando de forma adecuada para tratar sus necesidades de salud.
- Terapia escalonada: podemos requerir que pruebe otros medicamentos antes de recibir el medicamento solicitado.
- B en comparación con D: algunos medicamentos pueden estar cubiertos bajo Medicare de la Parte D o Parte B, dependiendo de las circunstancias.

Restricción de medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual 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 proporcionarán la versión genérica.** En general, no cubrimos un medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor indica que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma afección, entonces cubriremos el costo del 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 ofrecer 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 un medicamento diferente primero

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, 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, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o visite nuestra página web (http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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

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

Sección 5.1 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 le funcione correctamente. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que usted toma actualmente, o uno que usted y su recetador consideran que debería tomar, que no está en nuestro formulario o que se encuentra en nuestro 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 podrá solicitar a usted probar un medicamento diferente primero para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted quiere tomar se cubra. O pueden existir límites para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) cubierta durante un periodo de tiempo específico. En algunos casos, puede pedirnos que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costo compartido que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde. El plan coloca cada medicamento en una de las cinco (5) categorías de costo compartido diferentes. El monto que usted paga por el medicamento recetado depende en parte de la categoría de costo compartido en el que se encuentra ese medicamento.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no está cubierto de la manera en que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Sus opciones dependen del tipo de cuadro que presenta:

- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para conocer qué recursos están a su disposición.
- Si su medicamento se encuentra en una categoría de costo compartido que hace más caro el costo de lo que usted considera correcto, consulte la Sección 5.3 para conocer qué recursos están 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 el medicamento que usted utiliza 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 a fin de que se cubra el medicamento.

- Puede cambiar a otro medicamento.
- Solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Usted puede obtener un suministro provisional

En ciertas circunstancias, el plan puede 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 acerca del cambio en la cobertura y decidir cómo proceder.

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

1. **El cambio a su cobertura de medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:**
   - El medicamento que usted ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
   - -- o -- El medicamento que usted ha estado tomando **ahora tiene ciertas restricciones** (la Sección 4 de este capítulo describe las restricciones).
2. **Usted debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:**
   - **Para aquellos miembros nuevos o que estaban en el plan el año anterior y que residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC):**

     Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo o, durante los primeros 90 días del año natural, si ya estaba inscrito en el plan el año anterior**. El suministro total será por un máximo de 91 hasta 98 días, según el incremento de dispensación. Si su receta médica es para menos días, permitiremos surtidos múltiples para proporcionar un suministro máximo del medicamento de 91 días que puede llegar a 98 días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar desperdicios).

   - **Para aquellos miembros que han estado en el plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**

     Cubrimos un suministro por 31 días de un medicamento en particular o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro de transición de atención a largo plazo antes mencionado.

   - Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro Formulario o está sujeto a otras restricciones, como una terapia escalonada o límites de cantidades (límites de dosis), cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Se considerarán excepciones a las situaciones donde usted está pasando por un cambio en el nivel de cuidado que recibe, el cual también requiere que usted sea trasladado de un centro de atención a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para un suministro de medicamentos provisional único, aunque ya hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “Parte D” y compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté

incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

Para solicitar un suministro provisional, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

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

Usted puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Probablemente exista otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. Se puede comunicar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

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 su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirle para solicitar una excepción a la regla. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la lista de medicamentos del plan. O bien, puede pedirle al plan que permita una excepción y 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 de Formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio para el siguiente año en la cobertura de su medicamento. Puede solicitar una excepción antes del siguiente año y le enviaremos una respuesta dentro de 72 horas luego de recibir dicha solicitud (o la declaración de respaldo del recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, deben consultar el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Este explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.3 Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, podrá hacer lo siguiente:

Usted puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, comience por hablar con el proveedor. Tal vez haya otro medicamento en una categoría de costo compartido menor con el mismo mecanismo de acción. Se puede comunicar al Departamento de Servicios para Miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a

encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

Usted puede solicitar una excepción

Para medicamentos de la categoría 2, 3 y 4 , usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que el monto que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirle para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, deben consultar el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Este explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos de nuestra categoría cinco (5) - los medicamentos de especialidades no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la suma de costo compartido para medicamentos en esta categoría.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1.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 eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Están disponibles nuevos medicamentos, 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 podemos eliminar un medicamento de la lista porque se ha comprobado su ineficacia.
- **Transferir un medicamento a una categoría de costo compartido mayor o menor**.
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento** (para más información sobre restricciones a la cobertura, lea la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, necesitamos la aprobación de Medicare para los cambios que efectuamos en la lista de medicamentos del plan.

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

¿Cómo puede informarse si la cobertura de su medicamento ha cambiado?

Si se produce algún cambio en la cobertura *de un medicamento que usted está tomando*, el plan le enviará un aviso para informarle sobre el cambio. Normalmente, **le informaremos del cambio con una antelación mínima de 60 días**.

A veces, un medicamento es **retirado del mercado en forma repentina** porque se ha descubierto que es inseguro o por otras razones. Si esto sucede, el plan eliminará de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Le informaremos sobre este cambio inmediatamente. Su proveedor también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.

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

Si cualquiera de los siguientes tipos de cambios afecta a un medicamento que usted está tomando, el cambio no lo afectará a usted hasta el 1.º de enero del año siguiente si usted permanece en el plan:

- Si transferimos su medicamento a una categoría de costo compartido más alta.
- Si establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Si eliminamos el medicamento de la Lista de medicamentos, pero no porque haya sido retirado del mercado en forma repentina o porque haya sido reemplazado por un nuevo medicamento genérico.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando, entonces el cambio no afectará su uso ni el monto de su costo compartido en el costo 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. Sin embargo, el 1.º de enero del año siguiente, los cambios entrarán en efecto para usted.

En ciertos casos, usted estará afectado por el cambio en la cobertura antes del 1.º de enero:

- Si el **medicamento de marca que usted está tomando es reemplazado por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe informar el cambio con una antelación de al menos 60 días o entregarle una renovación de receta médica por 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
    - Durante este período de 60 días, debe consultar con su proveedor para cambiarse al medicamento genérico o a otro medicamento que cubrimos.
    - O usted y su proveedor 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 algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas*)).
- Nuevamente, si un medicamento se **retira del mercado en forma repentina** porque se ha descubierto que es inseguro o por otras razones, el plan eliminará el medicamento de la Lista de medicamentos de inmediato. Le informaremos sobre este cambio inmediatamente.
    - Su proveedor también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos por 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 cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 en este cuadernillo). Si el medicamento está excluido, usted deberá pagarlo.

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto bajo 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. “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 la Administración de Drogas y Alimentos.
    - Generalmente, la cobertura para “uso fuera de lo indicado” está permitida solo cuando el uso está avalado por ciertos libros de referencia. Entre estos libros de referencia, se incluyen American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX; y, para cáncer, la Red Nacional Integral del Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no está avalado por ninguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso fuera de lo indicado”.

También, por ley, las categorías de medicamentos indicadas a continuación no están cubiertas por Medicare

No obstante, algunos de estos medicamentos, como ciertos medicamentos de venta libre, están cubiertos bajo el beneficio suplementario de su plan Molina Options Plus (consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4, Sección 2) y su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo) o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre).
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject.
- 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 una receta médica

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 nuestra parte del costo compartido de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia su costo compartido al recoger el medicamento recetado.

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

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan consigo 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, es posible que tenga que pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo. (Después nos puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 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 internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando ellos cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Lea los apartados anteriores de esta sección para obtener más información sobre las normas a fin de obtener cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) 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 a largo plazo (LTC)?

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC), como una residencia para ancianos, 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.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para verificar si la farmacia del centro de atención a largo plazo donde usted reside es parte de nuestra red. Si no lo es o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de la portada de este cuadernillo).

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención 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. El suministro total será por un máximo de 91 a 98 días según el incremento en la dispensación, o menos si la receta médica es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas a la 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 31 días o menos si la receta es por menos días.

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, usted deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando el suministro provisional haya terminado. Probablemente exista otro medicamento cubierto por el plan que le funcione igual de bien. O usted y su proveedor podrán solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si usted y su proveedor quieren solicitar una excepción, deben consultar el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder.

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

¿Actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o un grupo de jubilación? Si es así, comuníquese **con el administrador de beneficios de ese grupo.** Él o ella le puede ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura de 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* a la cobertura de su empleador o de su grupo de retiro. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

Aviso especial sobre 'cobertura válida':

Cada año su empleador o grupo de jubilación 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 de medicamentos recetados de Medicare.

Conserve estos avisos sobre la cobertura válida, ya que luego podría necesitarlos. 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 ha mantenido cobertura válida. Si usted no recibió un aviso sobre la cobertura válida por parte de su empleador o plan de jubilación de grupo, usted puede obtener una copia de su empleador o por parte del administrador de beneficios del plan de jubilación o del empleador o sindicato.

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

Los medicamentos no se cubren tanto por cuidados paliativos ni nuestro plan al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos 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 paliativos, porque no está relacionado con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para prevenir retrasos en la recepción de cualquier medicamento que no esté relacionado y que deba ser cubierto por nuestro plan, puede consultar a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador para asegurarse de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado con su afección antes de solicitar que surtan su receta médica en una farmacia.

En el caso de que usted renuncie a su elección de cuidados paliativos 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 reglas 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 debe pagar.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad

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:

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

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas, necesitan tomar varios medicamentos al mismo tiempo y gastan mucho dinero en estos.

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 obtienen el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas pueden obtener servicios a través de un Programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede proporcionarle una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre 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 medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con un espacio para que pueda tomar apuntes o anotar cualquier pregunta que quiera hacer luego. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace.

Una buena idea sería solicitar la revisión de sus medicamentos antes de la consulta anual de "Bienestar", para que así usted pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y Lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y Lista de medicamentos consigo a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve consigo su Lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna duda sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción 123

Sección 1.1 Use este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 123

Sección 1.2 Tipos de gastos de su propio bolsillo que debe pagar por medicamentos cubiertos ... 124

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentre cuando adquiere el medicamento 124

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pagos de medicamentos para miembros de Molina Medicare Options Plus HMO SNP? 124

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra 125

Sección 3.1 Enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (la "EOB de la Parte D") 126

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos 126

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos en las categoría 2 as 5 127

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducibles hasta que haya pagado $0 o $83 por sus medicamentos de categoría 2 as 5 127

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos y usted paga su parte .. 128

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y dónde lo adquiere 128

Sección 5.2 Una tabla en la que se muestran sus costos por el suministro de un *mes* de un medicamento 129

Sección 5.3 Si su médico le receta menos suministro de un mes completo, puede que usted no deba pagar el costo del suministro de todo el mes 132

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a *largo plazo* (por hasta 90 días de un medicamento) 132

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de sus medicamentos por el año asciendan a $3,750 133

SECCIÓN 6 En la Etapa de Brecha en Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 44% de los costos de los medicamentos genéricos 134

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su propio bolsillo por medicamentos recetados 135

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría los costos de sus medicamentos 136

Sección 7.1 Una vez que usted esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año 136

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra 137

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener coberturas separadas para las vacunas de la Parte D por sí mismas y por el costo de administrarle la vacuna..... 137

Sección 8.2 Tal vez quiera llamar al Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna 138

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

La mayoría de nuestros miembros califican y obtienen “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del Plan de Medicamentos Recetados. Si usted está en el programa “Ayuda adicional”, **alguna información contenida en esta *Evidencia de Cobertura* sobre medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse para su caso.** Le enviamos un anexo por separado, titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben ayuda adicional para la compra de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “LIS Rider”), que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no tiene este anexo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros y pida la “Cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

Sección 1 Introducción

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

Este capítulo se concentra en la parte 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 de la 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 Medicare Parte A o Parte B o bajo Medicaid.

Para entender 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 para los que usted tiene cobertura.
  - También indica en cuál de las cinco (5) “categorías de costo compartido” se encuentra el medicamento y si existen restricciones en la cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare. La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** El Capítulo 5 ofrece detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluyendo las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también enumera los tipos de medicamentos recetados no cubiertos por nuestro plan.

- **El *Directorio de proveedores y farmacias del plan.*** En la mayoría de las situaciones usted debe adquirir sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte más detalles en el Capítulo 5). El *Directorio de proveedores y farmacias* incluye una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica en qué farmacias de nuestra red puede obtener un suministro a prolongado de un medicamento (como, por ejemplo, adquirir un suministro de tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2 Tipos de gastos de su bolsillo que debe pagar por medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por el medicamento se llama "costo compartido" y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **"deducible"** es la suma 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 adquiere un medicamento recetado.
- **"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 pagos de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Options Plus HMO SNP?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen tres "etapas de pago de medicamentos" que corresponden a su cobertura de medicamentos recetados de Medicare de la Parte D conforme a Molina Medicare Options Plus HMO SNP. Lo 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 usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 *Etapa de Deducible Anual*	Etapa 2 *Etapa de Cobertura Inicial*	Etapa 3 *Etapa de Brecha en Cobertura*	Etapa 4 *Etapa de Cobertura Catastrófica*
Si usted recibe "Ayuda Adicional" para pagar por sus medicamentos recetados, la cantidad de su deducible será $0 o $83, excepto por los medicamentos enumerados en categoría 1, los cuales son excluidos del deducible, según el nivel de "Ayuda Adicional" que usted reciba. Si su deducible es $0: esta etapa del pago no le será aplicable. Si su deducible es $83: **usted paga el costo completo** de su categoría 2 as 5 hasta que haya pagado $83 por sus medicamentos. (Hay más detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga el costo compartido que le corresponde por sus categoría 1 medicamentos y **usted paga su propio costo compartido.** Después de que usted (u otras personas en su nombre) haya cumplido categoría 2 as 5 su deducible el plan paga el costo compartido que le corresponde por sus categoría 2 as 5 medicamentos y usted paga la parte que le corresponde. Usted permanece en esta etapa hasta cumplir sus **"costos totales por medicamentos"** hasta la fecha de este año (sus pagos más los pagos del plan de la Parte D) que ascienden a un total de $3,750. (Hay más detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 35% del precio por medicamentos de marca registrada más una porción de la tarifa de dispensación) y el 44% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los **“costos de su propio bolsillo”** hasta la fecha de este año (sus pagos) alcancen un total de $5,000. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare. (Hay más detalles en la Sección 6 de este capítulo.)	Durante esta etapa, **el plan pagará** la mayoría los costos de sus medicamentos por el resto del año natural (hasta el 31 de diciembre 2018). (Hay más detalles en la Sección 7 de este capítulo).

SECCIÓN 3 Le enviamos informes con la explicación de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra

Sección 3.1 Enviamos un informe mensual llamado “Explicación 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. Esto se llama los costos “**de su propio bolsillo**”.
- Mantenemos el registro de su “**costo total por medicamentos**”. Este es el monto que paga de su propio bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito titulado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted haya adquirido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Esto incluye:

- **Información correspondiente a ese mes**. Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. 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.º de enero**. Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.

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 efectúa por los medicamentos, nos basamos en los registros que obtenemos 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 que estemos informados de los medicamentos recetados que usted adquiere y lo que usted paga, presente su tarjeta de membresía cada vez que adquiera un medicamento recetado.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague por medicamentos recetados, pero nosotros no obtengamos en forma automática la información que necesitamos para tener un seguimiento de los gastos de su propio bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de su propio bolsillo, usted puede entregarnos copias de recibos de los medicamentos que usted ha comprado. (Si usted recibe una factura por un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2 de este cuadernillo). A continuación, describimos algunas situaciones en que usted querrá entregarnos copias de sus recibos de medicamentos para que tengamos un registro completo de lo que usted ha gastado en sus medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.

- 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 oportunidades 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 cuentan hacia los gastos de su propio bolsillo y le ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por el un programa de asistencia en medicamentos contra el VIH (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan hacia los gastos de su propio 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 una *Explicación 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 al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos en las categoría 2 as 5

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducibles hasta que haya pagado $0 o $83 por sus medicamentos de las categoría 2 as 5

La mayoría de nuestros miembros obtienen “Ayuda Adicional” para los costos de sus medicamentos recetados, de manera que la Etapa de Deducibles no se aplica a la mayoría de ellos. Si usted recibe “Ayuda Adicional”, la cantidad de su deducible depende del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba, entonces usted:

- no pagará un deducible;
- --o-- pagará un deducible de $83.

Si usted no recibe “Ayuda Adicional”, la Etapa de Deducibles es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos.

Pagará un deducible anual de $0 o $83 para medicamentos en las categoría 2 as 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos en las categoría 2 as 5** hasta llegar al monto deducible del plan. Para el resto de los medicamentos, no deberá pagar ningún deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- Su **“costo total”** es por lo general inferior al precio total normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **“deducible”** es la cantidad que usted 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 $0 o $83 por sus medicamentos de categoría 2 as 5, abandona la Etapa de Deducibles 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 adquiere

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 copagos y coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

El plan establece cinco (5) categorías de costo compartido

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan están en una de cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto mayor sea la categoría de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (el costo compartido más bajo)
- Categoría 2: genérico
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamentos no preferidos
- Categoría 5: categoría especializada (el costo compartido más elevado)

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Su elección de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de si usted adquiere el medicamento en:

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

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y cómo adquirir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este cuadernillo y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por el suministro de un *mes* 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 adquiere un medicamento recetado.
- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende de la categoría de costo compartido en la que se encuentra el medicamento. Por favor, tome en cuenta:

- Si el costo de su medicamento cubierto es inferior al monto del copago que se encuentra detallado en la tabla, usted pagará el precio más bajo del medicamento. Usted paga *ya sea* el precio total del medicamento *o* la cantidad del copago, *según el que sea más bajo*.
- Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro de un *mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D por:

Categoría	Costos compartidos minoristas estándar (en la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos de envíos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos 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)
Categoría de costo compartido 1 (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago

Categoría	Costos compartidos minoristas estándar (en la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos de envíos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos 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)
Categoría de costo compartido 2 (Genéricos)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
Categoría de costo compartido 3 (Marca preferida)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.

Categoría	Costos compartidos minoristas estándar (en la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos de envíos por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos 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)
Categoría de costo compartido 4 (Medicamentos de marca no preferida)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría de costo compartido 5 (Categoría especializada)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.

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 todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de menos de un mes del medicamento. Es posible que haya ocasiones en que quiera preguntarle a su médico que le recete un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted está probando por primera vez un medicamento que se sabe que tiene graves efectos secundarios). 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 pague cuando reciba menos de un mes completo del suministro, dependerá si usted es responsable por el pago de un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una cantidad de dinero fija).

- 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 es para un suministro de un mes completo o para menos días. No obstante, debido a que el costo total de los medicamentos será más bajo si recibe menos de un suministro de un mes completo, la *suma* 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 la cantidad que pague por día de su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
    - Aquí hay un ejemplo: digamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 31 días) es $31. Esto significa que la suma que paga por día por su medicamento es $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 le funcione antes de que deba pagar por el suministro de un mes entero. También puede solicitar a su médico que recete (y a su farmacéutico que suministre) un suministro menor al de un mes completo de uno o varios medicamentos. Si esto fuera más conveniente, planifique 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.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") cuando surte su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. (Para obtener más detalles sobre dónde y cómo adquirir un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4.)

En la siguiente tabla, se muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento.

Lo que usted paga cuando adquiere un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D en:

Categoría	Costos compartidos minoristas estándar (en la red) (suministro de 90 días)	Costos compartidos de envíos por correo (suministro de 90 días)
Categoría de costo compartido 1 (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Categoría de costo compartido 2 (Genéricos)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos)
Categoría de costo compartido 3 (Marca preferida)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría de costo compartido 4 (Medicamentos de marca no preferida)	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.25 o $3.35 de copago por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) $0, $3.70 o $8.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría de costo compartido 5 (Categoría especializada)	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe un suministro a largo plazo.	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe un suministro a largo plazo.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos por el año lleguen a $3,750

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total de los costos de medicamentos recetados y renovaciones de recetas que ha adquirido alcanzan el límite de **$3,750 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

El total por sus costos de medicamentos se calcula sumando lo que usted pagó y lo que el plan de la Parte D haya pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha adquirido desde la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo). Esto incluye:
  - El monto total que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducibles, que era $0 o $83.
  - La suma total que usted pagó de la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos en la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** por su parte de los costos por sus medicamentos en la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuvo inscrito en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante 2018, el monto que ese plan pague durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también algún tercero, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $3,750 límite en un año.

Le informaremos si alcanza esta suma de $3,750 de cantidad. Si alcanza esta cantidad, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Brecha en Cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Brecha de Cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y no paga más del 44% de los costos de medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de Brecha en Cobertura hasta que alcance $5,000 en costos de su propio bolsillo

Cuando usted se encuentra en la Etapa de Brecha en Cobertura, el Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare proporciona descuentos del fabricante a medicamentos de marca. Usted paga el 35% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 44% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la cantidad que el plan paga (56%) no cuenta hacia los gastos de su propio bolsillo. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando el precio de descuento por los medicamentos de marca y no más del 44% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que los pagos de su propio bolsillo anuales alcanzan el monto máximo que Medicare ha establecido. En 2018, esa cantidad es de $5,000.

Medicare establece normas sobre lo que se considera costos de su propio bolsillo y lo que *no*. Cuando usted alcanza un límite de gastos de su propio bolsillo de $5,000, pasa de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo por medicamentos recetados

Estos pagos están incluidos en los gastos de su propio bolsillo

*Cuando usted suma los gastos de su propio bolsillo, **puede incluir** los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya observado las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5 de este cuadernillo):*

- El monto que usted paga por medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducibles.
  - La Etapa de Cobertura Inicial.
  - La Etapa de Brecha de Cobertura.
- Todos los pagos que usted realizó durante este año natural como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de unirse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** efectúa estos pagos, estos se incluyen en los gastos de su propio bolsillo.
- Dichos pagos *también se incluyen* **si otras 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 asistencia médica indígena. Los pagos efectuados mediante el programa "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare están incluidos. La cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la suma que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha consumido un total de $5,000 de gastos de su propio bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su propio bolsillo

Cuando suma los gastos de su propio bolsillo, no le **estará permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que usted 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 que no pertenecen a la Parte D, incluyendo medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha en cobertura.
- Pagos por sus medicamentos efectuados por planes médicos grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- 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.
- Pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización al trabajador).

Recordatorio: si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga una parte o el total de los gastos de su bolsillo por medicamentos, usted tiene que informarlo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para avisarnos (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

¿Cómo puede mantener un registro del total de los gastos de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos**. El informe *de la Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los gastos de su bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo se describe este informe). Cuando usted alcanza un total de $5,000 de gastos de su propio bolsillo anuales, este informe le comunicará que ha pasado de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos 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 7 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayoría los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que usted está en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año

Califica para la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos de su propio bolsillo han alcanzado el límite total de $5,000 en el año natural. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa hasta el final del año natural.

Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar por 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, la cantidad que sea *mayor*:
  - - *ya sea* - un coseguro del 5% del costo del medicamento;
  - - *o* - $3.35 por un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y $8.35 por todos los demás medicamentos;
  - **nuestro plan paga el resto** del costo.

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 conocer la cobertura de estas vacunas al revisar la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

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

¿Cuánto paga 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 se lo está vacunando).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede conocer su cobertura de estas vacunas si consulta el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).
   - Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
2. **Dónde usted obtiene la vacuna.**
3. **Quién administra la vacuna.**

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

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

Para mostrar cómo funciona esto, a continuación se describen tres situaciones comunes en que usted puede recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluyendo su administración) durante la Etapa de Deducibles y la Etapa de Brecha de Cobertura de su beneficio.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren vacunas).

- Usted tendrá que pagarle a la farmacia el monto correspondiente a su copago por la vacuna y el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: usted recibe una vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Al recibir la vacuna, usted tendrá que pagar el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego puede solicitar que nuestro plan le reembolse la parte que nos corresponde por el costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este cuadernillo (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará la suma que pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos cualquier diferencia entre el cargo que cobra el médico y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

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

- Usted tendrá que pagarle a la farmacia el monto correspondiente de su copago por la vacuna.
- Cuando el médico le administre la vacuna, usted tendrá que pagar el costo total de su servicio. Luego podrá solicitar que el plan le reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este cuadernillo.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico para la administración de la vacuna.
- Conforme a su nivel de elegibilidad en Medicaid, se cubrirán algunos o todos los costos compartidos.

Sección 8.2 Antes de recibir una vacuna, sería recomendable que llame al Departamento de Servicios para Miembros

Las normas de cobertura de vacunación son complejas. Estamos aquí para servirle. Le recomendamos que primero nos llame al Departamento de Servicios para Miembros cada vez que planee aplicarse una vacuna. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacuna y explicarle la parte de los costos que le corresponde.
- Podemos brindarle información sobre cómo mantener sus costos bajos si recurre a los proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede acudir a un proveedor o farmacia de la red, podemos informarle qué necesita hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Asimismo, conforme a su nivel de elegibilidad en Medicaid, se cubrirán algunos o todos los costos compartidos.

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 pedirnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 142

Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, nos puede solicitar que paguemos 142

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un rembolso o un pago de una factura que usted ha recibido 144

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago 144

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 145

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos 145

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda o una parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación 146

SECCIÓN 4 Otras situaciones en que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias a nosotros 146

Sección 4.1 En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar registro de los gastos de su bolsillo por medicamentos 146

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, nos puede solicitar que paguemos

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 medicamento que usted ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reintegre el dinero (por lo general, los reintegros se denominan "reembolsos"). Usted tiene derecho a recibir el reembolso de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. 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 reintegraremos el costo de los servicios o medicamentos.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que puede solicitar un reembolso a nuestro plan 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 atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, debe solicitarle al proveedor que envíe la factura al plan.

   - Si usted paga la suma total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reembolso por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - En ocasiones, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
     - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo el servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le haremos un reembolso costo que nos corresponde a nosotros.
2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera 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 por los servicios.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de costo compartido cuando se le brindan servicios cubiertos por el 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) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor. Si usted reúne los requisitos para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, nosotros no le permitimos a proveedores que le cobren por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos de cualquier cargo. Esto es cierto incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio. Para obtener más información sobre "facturación del saldo", lea el Capítulo 4, Sección 1.5.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red que considera es por una suma mayor a la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya le pagó a un proveedor de la red, pero cree que pagó en exceso, envíenos la factura con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Debe pedirnos que le reembolsemos por la diferencia entre el monto pagado por usted y el monto que usted debía 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 su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reembolso y cuáles son las fechas límite para efectuar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).

4. **Cuando recurre a una farmacia fuera de la red para surtir una receta**

   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 por el medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Conserve el recibo y envíenos una copia cuando 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 consigo**

   Si no tiene su tarjeta de membresía 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 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 solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

6. **Cuando paga el costo total de una receta médica 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 del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reembolso por nuestra parte del costo del medicamento.
- Un error de facturación en la farmacia en referencia a un medicamento de la Lista de medicamentos.

Cuando 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. En el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) encontrará más información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o un pago de una factura que usted ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviar su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con la factura y los comprobantes de pagos que haya efectuado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

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

Reembolsos por servicios médicos:
Molina Healthcare
Attn: Member Services
P.O. Box 8542
Midvale, UT 84047

Reembolsos de la Parte D:
Molina Healthcare
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center
Suite 200
Midvale, UT 84047

Usted debe presentar su reclamo dentro de un (1) año natural conforme a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). Si no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, lo podemos ayudar. 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

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 las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si 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 obtener 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 de la atención 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 esta decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos toda 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 pagamos, usted 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 una apelación, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna 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 por leer 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". Luego, después de leer la Sección 5, puede leer la sección en el Capítulo 9 que describe qué debe hacer en su situación:

- Si quiere presentar una apelación por un reembolso por un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si quiere presentar una apelación por un reembolso por un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias a nosotros

Sección 4.1 En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar registro de los gastos de su bolsillo por medicamentos

Existen ciertas situaciones en que nos debe informar sobre pagos que ha efectuado por sus medicamentos. En estos casos, usted no nos está solicitando un pago. En lugar de eso, nos está informando sobre sus pagos para que podamos calcular los gastos de su bolsillo correctamente. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

A continuación, describimos un ejemplo de una situación en 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 obtiene medicamentos por medio de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, deberá pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve el recibo y envíenos una copia para que podamos calcular sus gastos de su propio bolsillo y así usted reúna los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica.

- **Tenga en cuenta lo siguiente:** debido a que usted 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 de medicamentos. No obstante, si nos envía una copia del recibo podremos calcular los gastos de su propio bolsillo correctamente, y esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de Cobertura Catastrófica más rápidamente.

Debido a que usted no solicita ningún pago en el caso antes descrito, esta situación no se considera 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..... 150

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que le funcione (en idiomas diferentes al inglés, en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)..... 150

Sección 1.2 Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento..... 150

Sección 1.3 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos... 151

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud..... 151

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos..... 158

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica..... 160

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedir que reconsideremos las decisiones que hemos tomado..... 162

Sección 1.8 Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados..... 162

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos..... 162

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan..... 163

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?..... 163

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que le sea útil (en idiomas diferentes al inglés, en sistema braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder a las preguntas de miembros que no hablan inglés o están discapacitados. También podemos proveerle información en sistema braille, en letra grande o en formatos alternativos, si lo requiere, sin costo alguno. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en forma accesible y adecuada para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo) o llame a Daniel Barzman, el Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame para presentar una queja al Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584, 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios del servicio TTY llamen al 711. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en la "Evidencia de Cobertura" o en este documento, o también puede comunicarse al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo) para obtener más información.

Sección 1.2 Debemos tratarlo justamente y con respeto en todo momento

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, creencia religiosa, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de seguro o ubicación geográfica de una persona dentro del área de servicios.

Para más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY al 1-800-537-7697) o su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda con el acceso a atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). Si tiene alguna queja, como un problema de acceso con una silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros lo puede ayudar.

Sección 1.3 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos (el Capítulo 3 contiene más detalles sobre este tema). Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de conocer qué médicos aceptan a nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). Usted también tiene derecho a consultar un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Como miembro del plan, usted tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. 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 período razonable de tiempo, lea el Capítulo 9, Sección 11 de este cuadernillo para obtener más información. (Si se le ha denegado cobertura por su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5 se explica lo que debe hacer).

Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

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

- Su “información personal de salud” incluye información personal que usted nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historial médico y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos para obtener información y controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado “Aviso de práctica de privacidad”, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar su historial médico.
- En la mayoría de los casos, si entregamos su información médica a una persona que no le provee atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero*. El permiso 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 permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
    - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica 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 a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la

Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, esto se realizará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera fue divulgada a otras personas

Usted tiene derecho a ver su expediente médico que mantiene el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una cuota por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su expediente medico. Si solicita 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 médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

En caso de tener preguntas o alguna duda con respecto a la privacidad de su información médica personal, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

Su privacidad

Estimado miembro de Molina Medicare:

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina utiliza y comparte su información para proporcionarle beneficios médicos. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

PHI son siglas en inglés que significan *información médica protegida*. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué Molina usa o comparte la PHI de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar por su atención médica.
- Para supervisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones en atención médica.
- Para administrar nuestro plan de salud.
- Para utilizar o compartir la PHI para otros fines, conforme lo requerido o permitido por la ley.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para cualquier propósito no enumerado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos a privacidad?

- Ver su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Corregir su PHI.

- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de determinadas personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI.

¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina emplea varias maneras para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye la PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación figuran algunas maneras en que Molina protege la PHI:

- Molina cuenta con políticas y normas para proteger la PHI.
- Molina limita las personas que pueden ver la PHI. Solamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede usarla.
- El personal de Molina está capacitado para proteger y resguardar la PHI.
- El personal de Molina debe acordar por escrito al cumplimiento de las reglas y políticas que protegen y resguardan la PHI.
- Molina resguarda la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene privada empleando cortafuegos y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina conforme a los requerimientos legales?

- Mantener su PHI privada.
- Suministrarle información por escrito, tal como la presente notificación, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI.
- Cumplir con las condiciones de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos a privacidad no han sido protegidos?

- Llame o escriba a Molina y presente una queja.
- Presente una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

No tomaremos ninguna medida en su contra. Su acción no afectaría de ninguna manera su atención médica.

Lo que precede es sólo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestra Notificación de las normas de privacidad se encuentra en la siguiente sección de este documento. Está en nuestra página web http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare. **También puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (866) 472-4584, 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY / TDD deben llamar al 711.**

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

MOLINA MEDICARE

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Ohio ("Molina", "nosotros" o "nuestro") utiliza y comparte su información médica protegida para proporcionarle sus beneficios médicos como miembro de Molina Medicare. Utilizamos y compartimos su información para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica. Asimismo, usamos y compartimos su información por otras razones conforme lo permite y exige la ley. Tenemos la obligación de mantener su información médica privada y respetar las condiciones de esta notificación. La fecha efectiva de esta notificación es el 23 de septiembre del 2013.

PHI son siglas en inglés que significan *información médica protegida*. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores que Molina utiliza o comparte.

¿Por qué utiliza o comparte Molina su PHI?

Utilizamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se utiliza o comparte para efectuar tratamiento, pagos y funciones de atención médica.

Para el tratamiento

Molina puede utilizar o compartir su PHI para proporcionarle o coordinar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su estado de salud con un especialista. Esto ayuda al especialista a discutir el tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones sobre pagos. Esto puede incluir reclamos, autorizaciones para el tratamiento y decisiones sobre la necesidad médica. Su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados pueden ser incluidos en la factura. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico sobre la suma de la factura que nosotros pagaríamos.

Para las funciones de atención médica

Molina puede utilizar o compartir su PHI para la administración de nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos utilizar información de su reclamo para informarle acerca de un programa de salud que podría ayudarle. Asimismo, podemos utilizar o compartir su PHI para resolver las preocupaciones de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas actividades diarias. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a:

- mejoramiento de calidad;
- medidas en programas de salud para ayudarle a miembros con ciertas enfermedades (como el asma);
- realizar o coordinar revisiones médicas;
- servicios legales, incluyendo fraude o detección de abuso y los programas de enjuiciamiento;
- medidas que nos permiten cumplir con la ley;
- responder a las necesidades del miembro, incluyendo la resolución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. También, podemos usar su PHI para darle recordatorios acerca de sus

citas. Podemos utilizar su PHI para proporcionarle información sobre tratamientos adicionales u otros beneficios y servicios relacionados con la salud

¿Cuándo puede Molina utilizar o compartir su PHI sin obtener su autorización (aprobación) por escrito?

Además del tratamiento, pago y funciones de atención médica, la ley le autoriza o le exige a Molina utilizar y compartir su PHI para varios otros propósitos, incluyendo:

Cuando lo exige la ley.

Utilizaremos o compartiremos su información conforme lo exige la ley. Compartiremos su PHI cuando lo obligue la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) lo exija. Esto puede incluir un proceso judicial, otro tipo de revisión legal, o cuando se exige para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para las actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de atención médica

Su PHI se puede utilizar o compartir con agencias del gobierno. Es posible que se necesite su PHI para realizar auditorías.

Investigación médica

Su PHI se puede utilizar o compartir para investigaciones en ciertos casos, como cuando se aprueba por un consejo de revisión institucional o privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede utilizar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su PHI se puede utilizar o compartir con la policía para los fines del cumplimiento de la ley, tal como para ayudar a encontrar a un sospechoso, testigo o un desaparecido.

Salud y seguridad

La PHI se puede utilizar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Su PHI se puede compartir con el gobierno para funciones especiales, como las actividades de seguridad nacional.

Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Otras divulgaciones.

Se puede compartir la PHI con directores de funerarias o médicos forenses para ayudarles a cumplir con su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para utilizar o compartir su PHI?

Molina necesita su autorización por escrito para utilizar o compartir su PHI para un propósito distinto a aquellos enumerados en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de divulgar su PHI para lo siguiente: (1) el uso y divulgación de la mayoría de las notas clínicas de psicoterapia; (2) el uso y divulgación para los propósitos de mercadotecnia; y (3) el uso y divulgación que involucra la venta de la PHI. Usted puede cancelar una aprobación escrita que nos haya otorgado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que realizamos como resultado de la aprobación que nos otorgó previamente.

¿Cuáles son sus derechos de información de salud?

Usted tiene el derecho a:

- **Solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede solicitar que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que usted nombre que estén involucrados en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su petición. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.

- **Solicitar comunicación privada de la PHI**

Puede pedirle a Molina que le proporcione su PHI de una manera determinada o en cierto lugar para ayudarle a mantener su PHI privada. Cumpliremos con peticiones razonables, si nos informa cómo la divulgación de toda o parte de su PHI podría poner su vida en riesgo. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición.

- **Evaluar y copiar su PHI**

Tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que está en nuestro poder. Esto puede incluir los registros utilizados para tomar decisiones sobre la cobertura, reclamos u otras decisiones como miembro de Molina. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición. Podemos cobrarle un honorario razonable por copiar y enviarle por correo estos registros. En ciertos casos podemos denegar la solicitud. *Aviso importante: no tenemos copias completas de su expediente médico. Si desea ver, obtener una copia o enmendar su expediente médico, por favor comuníquese con su médico o clínica.*

1. · **Enmendar su PHI**

Puede pedir que se realice una enmienda (cambio) a su PHI. Esto incluye sólo aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede utilizar el formulario de Molina para presentar su petición. Puede presentarnos una carta de desacuerdo si denegamos su petición.

- **Recibir un informe del uso y la divulgación de su PHI (Compartiendo su PHI)**

Puede solicitar que le demos una lista de ciertas partes con quienes hemos compartido su PHI durante los seis años previos a la fecha de su petición. La lista no incluirá la PHI compartida de las siguientes maneras:

- Para tratamiento, pago o funciones de atención médica.
- Sobre su propia información protegida.
- Cuando se comparte con su autorización.
- Incidentes de uso o divulgación de lo contrario permitidos o requeridos bajo las leyes aplicables.
- Como parte de un conjunto de datos limitados conforme a las leyes aplicables.
- La PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para los propósitos de inteligencia.

Le cobraremos un honorario razonable por cada lista si la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Tiene que presentar su petición por escrito. Puede usar el formulario de Molina para su solicitud.

Puede realizar cualquiera de las peticiones antedichas u obtener una copia impresa de esta notificación. Por favor, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4584, 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY / TDD, favor de llamar al 711.

¿Qué puede hacer si sus derechos no se han protegido?

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede quejarse ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Su atención y beneficios no cambiarán de ninguna manera.

Puede presentarnos su queja de la siguiente manera:

Por teléfono:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4584,
7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
Los usuarios de TTY / TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of Ohio
Attention: Manager of Member Services
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

Puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de lo EE. UU. al:

Office of the Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: (800) 368-1019, TDD: (800) 537-7697, Fax: (202) 619-3818

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina tiene la obligación de:

- mantener su PHI privada;
- suministrarle información por escrito, tal como la presente notificación, acerca de nuestras obligaciones y normas de privacidad sobre su PHI;
- proporcionarle una notificación en el evento que ocurra alguna violación en la seguridad de su PHI no protegida;
- no utilizar o divulgar su información genética para el proceso de suscripción;
- cumplir con las condiciones de esta notificación.

Esta notificación está sujeta a cambios

Molina se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y los términos de esta notificación. Si lo hacemos, los nuevos términos y normas se aplicarán a toda PHI que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier enmienda a los materiales, Molina publicará la notificación enmendada en nuestra página web y enviará la notificación enmendada, o enviará información acerca de las modificaciones de los materiales y cómo obtener la notificación modificada en nuestra siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos por Molina.

Información de contacto

Si tiene cualquier pregunta, comuníquese a la siguiente oficina:

Por teléfono:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4584,
7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
Los usuarios de TTY / TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of Ohio
Attention: Manager of Member Services
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

Sección 1.5 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, tiene derecho de pedirnos diferentes tipos de información. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de una manera que le funcione. Esto incluye obtener información en idiomas que no sean inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si quiere obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la calificación de rendimiento del plan, incluidas las calificaciones que ha recibido de miembros del plan y cómo se comparan con otros planes de seguro médico de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluyendo nuestras farmacias de la red**.
  - Por ejemplo, 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 y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o visitar nuestra página web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura**.
  - En los Capítulos 3 y 4 de este cuadernillo, se describen los servicios médicos que están cubiertos para usted, cualquier restricción a su cobertura y las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener más detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este cuadernillo 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 y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
  - Si tiene alguna duda sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si no tiene cubierto un servicio médico o medicamento de la Parte D o si su cobertura tiene alguna restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a solicitar esta explicación incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o el medicamento de la Parte D que tiene cobertura, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si no tiene cubierto un servicio no está cubierto como usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo. Este le brinda detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se describen los pasos a seguir para presentar una queja por la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).
  - Si quiere pedir 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 cuadernillo.

Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **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.
- **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 un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el 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 a su cuerpo como resultado.
- **A recibir una explicación si se deniega cobertura para su atención**. Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor se ha denegado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este cuadernillo 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 los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted quiere*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo quiere que manejen su atención médica si está incapacitado para tomar esas decisiones usted mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen cuatro tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan nombres diferentes para cada una de ellas. Los documentos denominados "**testamentos vitales**" y "**poder notarial para atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si usted desea definir sus instrucciones en una “directiva anticipada”, deberá:

- **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. Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).
- Los formularios también están disponibles a través del enlace Caring Connections en la página web de Molina Medicare o en http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3289
- **Llenarlo y firmarlo**. Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Deberá considerar pedir a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes**. Debería darles una copia del formulario a su médico y a la persona a la que usted nombra en dicho formulario como la indicada para tomar decisiones en su lugar si usted no puede hacerlo. Tal vez también quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Asegúrese de conservar una copia en su casa.

Si usted sabe con anticipación que va a estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia consigo al hospital**.

- Cuando se interne en el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital le puede entregar formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, si desea completar una directiva anticipada o no, es su decisión (incluyendo si quiere firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿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 consignadas en la directiva, usted podrá presentar una queja ante:

Para quejas sobre profesionales de atención médica:
State Medical Board of Ohio
Public Inquiries
30 East Broad Street, 3rd Floor
Columbus, OH 43215-6127
Teléfono: (800) 554-7717, TTY: 711

Para quejas sobre los centros de salud y hospitales:
Ohio Department of Health
Complaint Unit
246 N. High Street
Columbus, OH 43215
Teléfono: (800) 342-0553, TTY/TDD: 711

Sección 1.7 Usted tiene derecho a presentar quejas y a pedir que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún inconveniente o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, en el Capítulo 9 de este cuadernillo le informamos qué puede hacer. 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 pedirle 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. Cualquier cosa que haga, ya sea 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, llame al Departamento de Servicio para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

Sección 1.8 Qué puede hacer si cree que le están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados

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

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, 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 llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos *no* han sido respetados, *y* no es por discriminación, puede obtener ayuda su problema:

- Puede llamar al **Departamento de Servicio para Miembros** (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede llamar al **Departamento de Servicio para Miembros** (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio de Medicare en Internet para leer o descargar la publicación "Sus derechos y protecciones de Medicare". (Esta publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf).
  - O puede llamar al número 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 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Los pasos que debe seguir como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna duda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos**. Utilice este cuadernillo de Evidencia de Cobertura para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, incluidos los servicios que están cubiertos, los servicios que no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe**. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).
  - Estamos obligados a cumplir las normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en combinación cuando obtenga sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene por nuestro plan con otros beneficios de salud y medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan**. Presente su tarjeta de membresía al plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención**.
  - Para ayudar a sus médicos y otros 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 su médico han acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.

- Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si usted formula una pregunta y no comprende la respuesta, pregunte de nuevo.

- **Sea considerado**. Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.

- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Para poder reunir los requisitos de nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando reciba 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. El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la parte D.
  - Si obtiene servicios médicos o medicamentos no cubiertos por nuestro plan u otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si debe pagar el monto extra para la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en la última declaración de impuestos), le 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. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).
  - **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio, usted no puede continuar como miembro de nuestro plan**. (En el Capítulo 1 se define nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si está dejando nuestra área de servicio, tendrá un período especial de inscripción durante el cual puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, 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 telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o preocupación**. También aceptamos sugerencias que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
    - Los números de teléfono y el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo.
    - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, lea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES 170

SECCIÓN 1 Introducción 170

Sección 1.1 ¿Qué hacer si tiene algún problema o inquietud? 170

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 170

SECCIÓN 2 Usted puede obtener asistencia de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 171

Sección 2.1 ¿Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada? 171

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? 173

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid? 173

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE 174

SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas de sus beneficios de Medicare 174

Sección 4.1 ¿Debería usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas? 174

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 175

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: panorama general 175

Sección 5.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 176

Sección 5.3 ¿En qué sección de este capitulo se brindan detalles para su situación? 177

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 177

Sección 6.1 Esta sección describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si debe solicitar un reembolso por nuestra parte del costo de su atención 177

Sección 6.2 Paso por paso: cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarlo a nuestro plan o proporcionar la cobertura por la atención médica que usted quiere) 179

Sección 6.3 Paso por paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de atención médica por una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 182

Sección 6.4 Paso por paso: cómo se presenta una Apelación de Nivel 2 184

Sección 6.5 ¿Qué ocurre si nos está solicitando que le reembolsemos por nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica? 186

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 187

Sección 7.1 En esta sección se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reembolso por un medicamento de la Parte D 187

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 189

Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta cuando solicita excepciones 191

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluyendo una excepción ... 192

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo solicitar una revisión sobre una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 195

Sección 7.6 Paso por paso: cómo presentar una Apelación nivel 2 197

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 199

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 199

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación Nivel 1 para cambiar su fecha de alta ... 201

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 204

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no presenta la Apelación nivel 1 antes del vencimiento del plazo? ... 205

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 208

Sección 9.1 *En esta sección, se describen tres servicios solamente:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés) 208

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo finaliza su cobertura 208

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 209

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 211

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta la Apelación Nivel 1 antes del vencimiento del plazo? .. 213

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 215

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones de Servicio Médico 215

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 por Medicamentos de la Parte D 217

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otras preocupaciones 218

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el procedimiento para quejas? 218

Sección 11.2 El nombre formal de “realizar una queja” es “presentar un reclamo" 220

Sección 11.3 Paso a paso: cómo presentar una queja 220

Sección 11.4 También puede presentar quejas por la calidad de atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad 221

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su queja 222

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID 222

SECCIÓN 12 Tratar problemas relacionados con beneficios de Medicaid 222

Origen

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o 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 **Medicaid**. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o los dos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).
2. El tipo de problema que usted tiene:
    - Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
    - 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? La guía en la Sección 3 le 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 generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisiones de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” y “Organización revisora 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 mayor claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener asistencia 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 asistencia de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Pero, en algunas situaciones también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. Puede contactar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés)** cuando quiera. Este programa gubernamental tiene 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 le 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 de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este cuadernillo.

También puede obtener asistencia e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia 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 la página web de Medicare (https://www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	Ohio Department of Medicaid (Programa de Medicaid en Ohio) – Información de contacto
LLAME	(800) 324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p. m., sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.

Método	Ohio Department of Medicaid (Programa de Medicaid en Ohio) – Información de contacto
POR CORREO	Ohio Department of Medicaid 50 W. Towne Street, 4th Floor Columbus, OH 43215
PÁGINA WEB	http://www.medicaid.ohio.gov/

Método	Mediador ODI del Departamento de Seguros de Ohio (Programa de Mediador de Ohio) – Información de contacto
LLAME	(800) 686-1526, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	(855) 843-4776 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	The Ohio Department of Insurance ODI Ombudsman 50 W. Town Street, Third Floor - Suite 300 Columbus, OH 43215
PÁGINA WEB	www.insurance.ohio.gov/aboutodi/pages/ombudsman.aspx

Método	Oficina del Mediador Estatal de Atención a Largo Plazo de Ohio - Información de contacto
LLAME	(800) 282-1206, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.

Método	Oficina del Mediador Estatal de Atención a Largo Plazo de Ohio - Información de contacto
POR CORREO	Ohio Department of Aging 50 W. Broad Street, 9th Floor Columbus, OH 43215-3363
PÁGINA WEB	http://aging.ohio.gov/services/ombudsman/

Método	KePRO (Organización de Mejoramiento de Calidad de Ohio) – Información de contacto
LLAME	(855) 408-8557, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 7:00 p. m.; fines de semana 11:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	(855) 843-4776 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	KEPRO 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
PÁGINA WEB	http://www.keproqio.com/

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

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar 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 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 Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

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 Medicaid?

(Si desea recibir ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Continúe con 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 **Medicaid**.

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **"Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de 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 leer las partes de este capítulo correspondientes a su situación. La tabla a continuación le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trate sobre problemas y quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

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 está relacionado con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas para determinar si ciertos procedimientos de atención médica o medicamentos recetados están o no cubiertos, 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 calidad de atención, tiempos de espera, servicio al cliente u otros problemas".**

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 problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso 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 la suma 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 debemos pagar. 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 particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.

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.

Presentación de 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 modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos 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 manejar su apelación. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una "decisión rápida de cobertura" o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si contestamos negativamente a toda o parte de su Apelación Nivel 1, usted puede presentar una Apelación Nivel 2. La Apelación Nivel 2 es conducida por una organización independiente que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una

Apelación Nivel 2. Le avisaremos si esto sucede. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación Nivel 2). Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

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 **llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en el reverso de la portada de este cuadernillo).
- Para **obtener asistencia gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, comuníquese con 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 deniega su Apelación de Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2. Para solicitar una apelación pasado el Nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico y otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación pasado el Nivel 2, su médico u otro profesional que receta debe ser nombrado su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre**. Si lo desea, usted 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, a su médico o a otro proveedor como su representante, llame a Servicio de Atención a los Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de la portada de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación del representante". (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le concede 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. 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 remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos 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 el hospital más prolongada si usted 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" (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico que le corresponde (en el Capítulo 2, Sección 3 de este cuadernillo, 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 Esta sección describe los pasos que se deben seguir si tiene algún problema para obtener cobertura de atención médica o si debe solicitar un reembolso por nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios (qué esta cubierto y lo que paga*). Para simplificar, generalmente hacemos referencia 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.

En esta sección se describen los pasos a seguir en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no está recibe la atención médica específica que quiere y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan.

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que considera deberían estar cubiertos por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado por atención o servicios médicos que considera que deberían estar cubiertos por el plan y desea solicitar que nuestro plan le reembolse por esta atención.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo que nosotros aprobamos previamente, será reducida o cancelada, y usted considera que reducir o interrumpir esta atención podría perjudicar su salud.
    - AVISO: **si la cobertura que será interrumpida es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés)**, necesita leer una sección separada de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de atención. Esto es lo que hay leer en esas situaciones:
        - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación hospitalaria más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
        - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo servicios médicos específicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto*. En esta sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).
    - Para *todas las demás* situaciones en que se le informa que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, consulte esta sección (Sección 6) como guía sobre qué hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere averiguar si cubriremos la atención o los servicios médicos que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Continúe con la próxima parte de este capítulo, **Sección 6.2**.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico del modo que usted quisiera?	Puede presentar una **apelación**. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Pase directamente a la **Sección 6.3** de este capítulo.
¿Quiere solicitarnos que le reintegremos gastos por atención o servicios médicos 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 por atención médica que usted quiere)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **"determinación de organización".**

<u>Paso 1:</u> 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, usted deberá solicitar que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" es una **"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.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Parte 1 y busque la parte titulada: *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por su atención médica.*

Generalmente, utilizamos los plazos estándares 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 naturales** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, nos podemos extender hasta 14 días naturales más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información (como por ejemplo pedirle la historia clínica a proveedores fuera de la red) que lo pueda beneficiar. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- 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.**
  - **Sin embargo, nos podemos extender 14 días naturales más** si descubrimos que falta información (como por ejemplo la historia clínica elaborada por proveedores fuera de la red) que lo puede beneficiar o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de 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.
- **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).
  - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si, durante la aplicación de 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 medica 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 estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también 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 decisiones de cobertura rápidas, le daremos nuestra respuesta **dentro de 72 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, el plazo se puede extender hasta 14 días naturales más en ciertas circunstancias. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de 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).

- Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo), tiene derecho a presentar una apelación. La siguiente Sección 6.3 describe los pasos a seguir para presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de 72 horas de haber recibido su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar dicho plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta es negativa 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 decisiones de cobertura estándar, le daremos nuestra respuesta **dentro de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud**.
  - El plazo puede extenderse hasta 14 días calendario más ("un plazo de tiempo extendido") en ciertos casos. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de 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).
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales (o si se establece un plazo de tiempo extendido, al final de dicho plazo), tiene derecho a presentar una apelación. La siguiente Sección 6.3 describe los pasos a seguir para presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte de su solicitud o a toda**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de 14 días naturales de haber recibido su solicitud. Si extendimos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, autorizaremos o proveeremos la cobertura al finalizar dicho plazo extendido.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

<u>Paso 3:</u> si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, usted decidirá si quiere presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, usted tiene derecho a solicitar que reconsideremos –y tal vez 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.
- Si usted decide presentar una apelación, significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente Sección 6.3).

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".**

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 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 el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica*.
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud**.
    - Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un Formulario para nombramiento de representante en el que se autorice a esa persona a que lo represente. (Para obtener el formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación del representante". El formulario también está disponible en la página web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito que explique sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión para destituir la apelación.
- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** al número telefónico indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica)*.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de 60 días naturales** 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 no cumple con este plazo y tiene una justificación por 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: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - 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 con nosotros para presentar una solicitud)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si usted 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 usted necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se observan para obtener una "decisión 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.
- Si lo necesitamos, 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 72 horas de haber recibido su apelación**. Le informaremos sobre nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos tomar hasta 14 días naturales más**. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
  - 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 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 después de haber recibido su apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado de forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de 30 días naturales** de haber recibido su apelación si su apelación es sobre cobertura por servicios que usted aún no ha recibido. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que lo pueda beneficiar, **podemos tomar hasta 14 días naturales más**. Si decidimos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
  - Si usted considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida" acerca de 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).
  - Si no le informamos nuestra respuesta antes del plazo mencionado (o antes del final del plazo extendido), estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización externa 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 toda su solicitud**, debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de 30 días naturales después de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos un aviso de denegación por escrito informándole que hemos enviado de forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación Nivel 2.

<u>Paso 3:</u> 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 por paso: cómo se presenta una Apelación Nivel 2

Si contestamos negativamente a su Apelación Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación 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" (por sus siglas en inglés).**

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. 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**.
- Tiene derecho a brindar 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 tuvo una apelación "rápida" en el Nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" en el Nivel 2

- Si usted presentó una apelación "rápida" en el Nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de 72 horas** de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **podrá extender el plazo por 14 días naturales más**.

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 en el Nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de los 30 días naturales** de que haya recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que lo puede beneficiar, **podrá extender el plazo por 14 días naturales más**.

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 es afirmativa para una parte o toda su solicitud**, debemos aprobar la cobertura de atención médica dentro las 72 horas o proveer el servicio dentro de 14

días naturales de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora por una solicitud estándar o dentro de 72 horas a partir de la fecha que el plan reciba la decisión de una organización revisora para solicitudes aceleradas.

- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud 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 debería ser aprobada. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
    - Si la Organización de Revisión Independiente "retiene la decisión", tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un valor mínimo determinado. Si el valor monetario 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. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará de cómo conocer el monto de dinero 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).
- Si su Apelación 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 Nivel 2 se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- La Apelación Nivel 3 se presenta ante un juez en derecho administrativo. 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 de una factura que usted ha recibido por atención médica?

Si necesita solicitarnos el pago de una atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso significa que nos está pidiendo 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 (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*). 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 cuadernillo: *Cómo 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 de su atención médica en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido 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. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿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:

- Si presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro 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 enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días naturales.

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 parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reintegro 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)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Control de Alimentos y Medicamentos o apoyado por

determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

- **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 detalles sobre lo que significan medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos)*, normas y restricciones de cobertura, e información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar nuestra cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los 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:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluyendo los siguientes casos:
  - Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
  - Solicitarnos que dispensemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
  - Solicitar el pago de una cantidad de costo compartido menor en una categoría de costo compartido superior.
- 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 adquirirse tal como se indica, recibirá un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

Si 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 el cuadro que 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:
¿Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubramos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple con alguna norma o restricción (como obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase directamente a la **Sección 7.4** de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le reintegremos el costo de un medicamento que ya haya recibido y pagado?	Puede pedirnos que le reintegremos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase directamente a la **Sección 7.4** de este capítulo.
¿Ya le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento del modo que usted quisiera?	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 acerca de la cobertura. Al igual que sucede 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 consideraremos su solicitud. A continuación detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces que se denomina solicitar una **"excepción al formulario".**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a medicamentos en la categoría cinco (5) de 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 en 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 el Capítulo 5 y busque la Sección 4).

Término legal
Solicitar que se quite una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción al 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 de cantidades*. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
  - *B en comparación con D*: algunos medicamentos pueden estar cubiertos bajo Medicare de la Parte D o Parte B, dependiendo de las circunstancias
- Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido más bajo. Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos están incluidos en una de las cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

Término legal
Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **"excepción de categoría".**

Si su medicamento está en la categoría 4, usted puede solicitar que se cubra el monto de costo compartido más bajo que se aplica para medicamentos en las categorías 1, 2 o 3. De esta manera, usted pagaría menos por la parte del costo del medicamento que le corresponde.

Si su medicamento está en la categoría 3, usted puede solicitar que se cubra la suma de costo compartido más bajo que se aplica para medicamentos en las categorías 1 o 2. De esta manera, usted pagaría menos por la parte del costo del medicamento que le corresponde.

Si su medicamento está en la categoría 2, usted puede solicitar que se cubra la suma de costo compartido más bajo que se aplica para medicamentos en las categorías 1. De esta manera, usted pagaría menos por la parte del costo del medicamento que le corresponde.

- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido para los medicamentos de la categoría de medicamentos especializados o de la categoría 5.

Sección 7.3 Puntos importantes para tener en cuenta cuando solicita excepciones

Su médico nos debe especificar las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Normalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si usted nos solicita una excepción de categoría, generalmente *no* aprobaremos su solicitud para una excepción a menos de que todos los medicamentos alternativos en las categorías de costo compartido no le funcionen igual de bien.

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 se mantiene 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, 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 por paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura por los medicamentos o pagos que 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 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 mediante nuestra página web. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la parte titulada *Cómo puede contactarse con nosotros para solicitar una decisión de 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 o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5 de este capítulo se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este cuadernillo: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También se explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que 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 puede enviarnos la declaración por fax o 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 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo solicitudes presentadas en el Formulario Modelo de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestra página web.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" es **una "determinación 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 después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos**:
  - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si solicita un *medicamento que aún no haya recibido*. (No puede obtener una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reembolso por un medicamento que ya compró).
  - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si, durante la aplicación de 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 aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida**.
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección medica 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 estándares).
  - Mediante esta carta, se le informará que si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también 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. Se le informa cómo presentar una queja "rápida", lo que significa que recibiría nuestra repuesta 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, consulte la Sección 11 de este capítulo).

<u>Paso 2:</u> consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos proporcionarle una respuesta **dentro de las siguientes 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización externa independiente la revise. Más adelante en esta sección, 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 donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

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 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, 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:**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de 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 donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" con respecto al pago por un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización independiente la revise. Más adelante en esta sección, 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 14 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

<u>Paso 3:</u> si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura es negativa, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si contestamos negativamente, 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 por atención médica 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.**

<u>Paso 1:</u> se comunica con nosotros y presenta la Apelación Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una "apelación rápida".

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros**.
  - Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestra página web, por cualquier motivo relacionado a su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D*.
- **Si está solicitando una apelación estándar, haga su apelación presentando una solicitud por escrito**.
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo comunicarse con nuestro plan cuando está presentando una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo solicitudes presentadas en el Formulario Modelo de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestra página web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de 60 días naturales** 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 no cumple con este plazo y tiene una justificación por 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: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información contenida en su apelación y agregar más información**.
  - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden brindarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina una **"redeterminación acelerada".**

- Si usted está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si usted requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que 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 analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de 72 horas de haber recibido su apelación**. Le comunicaremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. 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 toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura de atención médica que hemos acordado proveer dentro de 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde 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 7 días naturales** de haber recibido su apelación. 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 en un plazo de 7 días naturales, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. 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 toda su solicitud:** –
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiere su estado de salud, pero **a más tardar, 7 días naturales** de recibida su apelación.

- Si aprobamos su solicitud de un reembolso por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de 30 días naturales** después de haber recibido su solicitud de apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y 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 será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información a continuación).

Sección 7.6 Paso por paso: cómo se presenta una Apelación 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 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" (por sus siglas en inglés).**

Paso 1: para presentar una Apelación 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 Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta Apelación Nivel 2, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- 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**.
- Tiene derecho a brindar 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 analizar 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. Esta organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de ella.

Plazos para apelaciones "rápidas" de Nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización revisora decide otorgarle una "apelación rápida," la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de 72 horas** después de recibir 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 revisora **dentro 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Plazos para apelaciones "estándares" en el Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación Nivel 2 **dentro de 7 días naturales** de recibir su apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud:**
  - Si la Organización Revisora Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura por el medicamento** que se aprobó por la organización revisora **dentro de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de 30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización está de acuerdo 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", tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para continuar y presentar otra Apelación de Nivel 3, el valor monetario de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar una suma mínima. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, 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 monetario que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor monetario de la cobertura que solicita cumple el requisito, debe elegir 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 su Apelación 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 Nivel 3 se presenta ante un juez en derecho administrativo. 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 hospitalaria más prolongada, si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y 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 cuadernillo: *Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital 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 deja el hospital se denomina la **"fecha de alta".**
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. En esta sección se explica cómo debe proceder en estos casos.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sus derechos

Durante su internación cubierta en el hospital, 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 se internan en un hospital. Una persona del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle este aviso en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo). 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 detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. Le informa sus derechos como paciente del hospital, incluyendo:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, 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 internación en el hospital y a conocer quién pagará por la misma.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a apelar la decisión de su fecha de alta si considera que es demasiado pronto.

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 que figura a continuación le informamos cómo 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 de este capítulo se describe cómo puede conceder permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- Firmar el aviso *solo* muestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta (su médico o 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 firmado para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) a mano en caso de necesitarla.

- 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 al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede leerlo en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 8.2 Paso por paso: cómo presentar una Apelación 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.
- **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 el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). 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 Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifique si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata".

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal. Estos expertos no integran nuestro plan. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de dejar el hospital y **a más tardar en su fecha de alta programada**. (Su "fecha de alta programada" es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).
    - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.

- Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención en el hospital que reciba después de su fecha de alta programada.

- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad a los fines de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Usted debe solicitar de la Organización de Mejoramiento de Calidad una "**revisión rápida**" de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted 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".**

<u>Paso 2:</u> la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) consultarán con usted (o su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso por 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 (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales

Esta explicación escrita se denomina **"Aviso Detallado de Alta".** Puede obtener una muestra de este aviso llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso ejemplar por internet en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Paso 3: dentro un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios**.
- 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 cuadernillo.)

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora 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 de Mejoramiento de 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 de Mejoramiento de 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.

Sección 8.3 Paso por paso: cómo presentar una Apelación Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación Nivel 2, es probable que deba pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

A continuación se describen los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días naturales** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de 14 días naturales después de la recepción de solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos 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 de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Deberemos continuar brindando cobertura por su atención en hospital para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- 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 Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que se presentará ante un juez.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el 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 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.
- 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 no presenta la Apelación Nivel 1 antes del vencimiento del plazo?

Puede apelar ante nosotros en su lugar

Cómo ya se explicó en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación por su alta del hospital. ("Rápidamente" significa antes de dejar el hospital y no más tarde de la fecha del alta programada). 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* Nivel 1

Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de 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 estándares.

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 el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente 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: efectuamos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su internación en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. 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 en un plazo de 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 internación en el hospital debe prolongarse después de la fecha de alta, y que continuaremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. 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 correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
  - Si usted permaneció internado en el hospital *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 enviar 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

Si contestamos negativamente a su Apelación Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, una **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" (por sus siglas en inglés).**

Paso 1: su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para

quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 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. 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 detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *sí***, entonces debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios de hospital como paciente internado durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. 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***, esto significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era adecuada desde el punto de vista médico.
    - El aviso que usted recibe de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo avanzar al Nivel 3 de apelaciones, que es administrado por un juez.

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 Nivel 2, usted decide 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 *En esta sección, se describen solo tres servicios:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés)

Esta sección describe *solamente* los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica domiciliaria** 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*).
- **Atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (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 centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, 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, incluidos su parte de los costos y las limitaciones que se pueden aplicar en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, **podrá apelar nuestra decisión**. En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

1. Usted recibirá un aviso por escrito. Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica, usted recibirá una notificación.

- El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
- El aviso escrito también le 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

Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le informa que puede solicitar una **"apelación acelerada".** 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 le informa cómo solicitar una apelación rápida).

El aviso por escrito se denomina **"Notificación de no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, comuníquese al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O consulte una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html

2. Usted debe firmar el aviso escrito como acuse de su recibo.

- Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso. (La Sección 5 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).
- Firmar el aviso demuestra *solamente* que usted recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con el plan de que debe finalizar la atención.

Sección 9.3 Paso por paso: cómo presentar una Apelación 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.
- **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 cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). 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 Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Paso 1: para presentar una Apelación Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión. Deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no integran nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió, se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización una apelación rápida (para realizar una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación *a más tardar al mediodía del día después de recibir el aviso escrito que le informa cuándo finalizaremos la cobertura de su atención*.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad con el fin de presentar su apelación, podrá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) consultarán con usted (o su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará 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 por 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 provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- 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 cuadernillo).

¿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 domiciliaria 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** por esta atención.

Paso 4: si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted presenta es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación 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 por paso: cómo presentar una Apelación Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, usted podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad

rechaza su Apelación Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, 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 finalizaba.

A continuación se describen los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura por atención.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los primeros 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 continuar proporcionando cobertura de atención médica** durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Usted debe continuar 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 a su Apelación Nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que se presentará ante un juez.

Paso 4: si la respuesta es negativa, deberá decidir si quiere continuar su apelación al siguiente nivel.

- 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 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.
- 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 no presenta la Apelación Nivel 1 antes del vencimiento del plazo?

Puede apelar ante nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de 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* Nivel 1

Si usted no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de 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 estándares.

A continuación se enumeran los pasos a seguir para presentar una Apelación Nivel 1 alternativa:

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 el Capítulo 2, Sección 1 y busque la parte titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente 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 por 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 en un plazo de 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 provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. 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 domiciliaria 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.

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 enviar 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

Si contestamos negativamente a su Apelación Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación 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" (por sus siglas en inglés).**

Paso 1: su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se describen los pasos a seguir para presentar una queja).

Paso 2: la Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 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. 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**, entoces deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) por nuestra parte de los costos por la atención que usted haya 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 médicamente necesario. 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 esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, esto significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
    - El aviso que usted recibe de la Organización Revisora Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación 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 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.
- 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 más allá

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones de Servicio Médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación Nivel 1 y una Apelación Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor monetario del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor monetario es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba por su Apelación Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación Nivel 3.

En la mayoría de los casos de 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 Nivel 3: **un juez que trabaja para el gobierno federal** someterá su apelación a revisión y le dará una respuesta. Este juez se denomina "Juez en Derecho Administrativo".

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado** - decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de 60 días naturales de recibida la decisión del juez.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo 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 en derecho administrativo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación Nivel 4 el **Consejo de Apelaciones** someterá su apelación a revisión y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Apelación 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 de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales de recibida la decisión del Consejo de Apelaciones.
  - 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 de Apelaciones 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, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación Nivel 5, un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Esta es la última etapa del proceso administrativo de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones por Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación Nivel 1 y una Apelación Nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza un cierto monto de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el monto de dinero es menor, no podrá continuar apelando. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación Nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación Nivel 3.

En la mayoría de los casos de 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 Nivel 3 **un juez que trabaja para el gobierno federal** someterá su apelación a revisión y le dará una respuesta. Este juez se denomina "Juez en Derecho Administrativo".

- **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 en **un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** 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 en derecho administrativo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación Nivel 4 el **Consejo de Apelaciones** someterá su apelación a revisión y le dará una respuesta. El Consejo de Apelaciones trabaja para el 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 de Apelaciones en **un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** 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 de Apelaciones contesta negativamente a su apelación o deniega su pedido de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación Nivel 5, un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Si su problema es por decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta parte *no le concierne*. Por el contrario, 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 tratan por el procedimiento para quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan por el procedimiento para quejas.

Si 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 de su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que cree debería ser confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente 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 de nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar 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 del Departamento de Servicios 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 una receta o en la sala de estudios médicos.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o 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? • ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculadas con la *puntualidad* 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 o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el de quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó 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 una apelación, 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 cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en el plazo requerido, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal de “realizar una queja” es “presentar un reclamo”

Términos Legales

- Lo que en esta parte se denomina **“queja”** también se denomina **“reclamo”.**
- Otro término para **“realizar una queja”** es **“presentar un reclamo”.**
- Otra forma de decir **“usar el proceso para hacer reclamos”** es **“usar el proceso para presentar un reclamo”.**

Sección 11.3 Paso por paso: cómo presentar una queja

Paso 1: comuníquese inmediatamente con nosotros, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Normalmente, el primer paso es llamar al Departamento de Servicios para Miembros**. Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará. (866) 472-4584, usuarios de TTY llamen al 711, 7 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 enviárnosla**. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Trataremos de resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito, presente un reclamo por escrito, o si su queja se refiere a la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, realizaremos un procedimiento formal para revisar sus quejas. Esto se denomina proceso de reclamos para miembros. Responderemos a todos los reclamos sobre la calidad de la atención por escrito, independientemente de cómo se haya presentado el reclamo, en un plazo máximo de (30) días, a menos que se requiera información adicional.

  Usted o su representante tienen derecho a presentar un reclamo acelerado siempre que Molina solicite una extensión relacionada a una reconsideración de una determinación de la organización o cuando rechacemos acelerar una solicitud para una determinación o reconsideración de la organización. Molina responderá a estas quejas en un plazo de (24) horas después de haberlas recibido.

  La queja debe enviarse en un plazo de 60 días después del evento o incidente. Debemos tratar su queja tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a lo sumo 30 días después de haber recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es lo mejor para usted. Cuando tomemos una decisión sobre su queja en parte o en su totalidad, en nuestra decisión por escrito le explicaremos los detalles y le informaremos sobre las opciones de resolución en caso de disputa que pueda tener.
- **Ya sea que llame o escriba, usted debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente**. El plazo para presentar la queja es de 60 días naturales después de haber tenido el problema que la originó.

- **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 24 horas**.

Términos legales
Lo que en esta parte se denomina **"queja rápida"** también se denomina **"queja acelerada".**

Paso 2: analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente**. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas recibirán respuesta en 30 días naturales**. Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales 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 por la calidad de atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad

Puede presentarnos su queja por la calidad de atención que recibió utilizando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de Calidad**. Si usted lo prefiere, puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización de Mejora de Calidad es 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 pacientes de Medicare.
  - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente**. Si lo desea, puede presentarnos la queja por la calidad de atención y también ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja en línea sobre Molina Medicare Options Plus HMO SNP directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, comuníquese con 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 MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Para obtener información adicional sobre los beneficios o procesos cubiertos por Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

CAPÍTULO 10

Finalización de su membresía en el plan

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

Sección 1 Introducción 225
Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía a nuestro plan 225
PARTE 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 225
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento 225
Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 226
SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan? 226
Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan 226
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 228
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan 228
SECCIÓN 5 Molina Medicare Options Plus HMO SNP debe cancelar su membresía del plan en determinadas situaciones 228
Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan? 228
Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud 229
Sección 5.3 Usted tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 229

Sección 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Molina Medicare Options Plus HMO SNP puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo.
  - Puede cancelar su membresía en cualquier momento. La Sección 2 incluye información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comienza la inscripción a su nueva cobertura.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La Sección 3 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. La Sección 5 le informa 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 cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento

Puede cancelar su membresía en Molina Medicare Options Plus HMO SNP en cualquier momento.

- **¿Cuándo puede cancelar su membresía?** La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos períodos del año. Sin embargo, como recibe asistencia de Medicaid, **puede finalizar su membresía de Molina Medicare Options Plus HMO SNP en cualquier momento**.
- **¿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 cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.
    - Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática.

Tome en cuenta: si cancela su cobertura de medicamentos recetados de Medicare y permanece sin cobertura "válida" para medicamentos recetados durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que necesite pagar una multa de inscripción tardía de la Parte D si después se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" 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 de Medicaid de su estado para obtener información acerca de las opciones de los planes de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este cuadernillo).

- **¿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 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo usted puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en el reverso de la portada de este cuadernillo).
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y usted 2018***.
  - Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito.
  - También puede descargar una copia de la página web de Medicare en (https://www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Usted puede contactar con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo finaliza su membresía a nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo).

- --*o*-- Puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a 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 en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare en cualquier momento. Su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados separado de Medicare. ◦ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que usted se haya excluido de la inscripción automática. ◦ Si usted cancela una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, deberá pagar una penalidad por inscripción tardía si se inscribe más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este cuadernillo). • 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 pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Molina Medicare Options Plus HMO SNP se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.

Si tiene preguntas acerca de los beneficios de: Ohio Department of Medicaid, comuníquese con: Ohio Department of Medicaid, (800) 324-8680, TTY: 711, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p. m., sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.. Pregunte cómo su cobertura de Medicaid le afectará si usted se inscribe en otro plan de salud o si regresa a Medicare Original.

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 deja Molina Medicare Options Plus HMO SNP, puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su membresía y de que entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre la entrada en vigencia de su cobertura nueva). 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 envío por correo.
- **Si usted está internado en el hospital el día que finaliza su membresía, normalmente su internación hospitalaria estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (aún si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Molina Medicare Options Plus HMO SNP en ciertos casos debe cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?

Molina Medicare Options Plus HMO SNP **debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si usted ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no reúne los requisitos para Medicaid. Como se determinó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado para personas que reúnen los requisitos tanto para Medicare como Medicaid.
- Cuando Molina Medicare determina que usted ya no reúne los requisitos de elegibilidad, recibirá una carta de notificación donde se le indique el motivo de la posible cancelación de inscripción. Tendrá seis (6) meses a partir de la fecha de la carta para responder a fin de que se reconsidere la elegibilidad de su membresía en el plan.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio por un período mayor a seis meses.
    - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, deberá llamar al Departamento de Servicio para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este cuadernillo).
- Si es encarcelado (va a prisión).

- No es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe 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 cancelamos su membresía por esta causa, Medicare podrá someter su caso a investigación por el Inspector General.
- Si se le pide pagar una cantidad adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede comunicarse con el **Departamento de Servicios para Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos al reverso de este cuadernillo).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

Molina Medicare Options Plus HMO SNP 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, usted 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 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 cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la cancelación por escrito. También debemos explicarle cómo debe presentar una queja o hacer un reclamo por nuestra decisión de cancelar su membresía. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 11, para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes..... 232

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación..... 232

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare..... 232

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Varias leyes rigen esta *Evidencia de Cobertura* y también podrían aplicar 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 Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historial médico, información genética, evidencia de se seguro médico o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y todas las demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

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 acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, incluidas 42 CFR, secciones 422.108 y 423.462, Molina Medicare Options Plus HMO SNP, en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la sección 411 de CFR 42, y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que usted toma si no está 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 cancelar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo: 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, incluyendo el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Molina Medicare Options Plus HMO SNP, usted solo debe pagar los montos de costo compartido en los costos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen “facturaciones de saldo” o le cobren más del monto de costo compartido que su plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital 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 período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

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.

Etapa de Cobertura Catastrófica: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado $5,000 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare. En el Capítulo 2 se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: una suma que puede estar obligado a pagar como su parte del costo compartido de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, del 20%).

Queja: el nombre formal para “hacer una queja” es “presentar un reclamo”. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. También consulte "Queja" en la lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés): 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 el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago (o "copago"): monto que puede estar obligado 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 cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede llegar a pagar $10 o $20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios (Esto es en adición a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que un plan exige cuando se recibir un servicio o medicamento específico. 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 está obligado a hacer un copago.

Categoría de costo compartido: cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que está obligado a pagar por la receta médica. En general, si usted lleva su receta 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. Necesita llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este cuadernillo, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministro cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, 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.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los cuidados de custodia es atención personal que puede ser provista por personas sin capacitación ni habilidades profesionales y consisten, 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, usar gotas para los ojos. Medicare no cubre cuidados de custodia.

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 está obligado a hacer un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, 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 al día. Esto significa que usted paga $1 por cada día de suministro cuando surta su receta médica.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía al plan. La cancelación de inscripción puede ser voluntaria (por elección propia) o involuntaria (no por elección propia).

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se expende un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica. La tarifa de expedición cubre costos tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico con fines médicos. Ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchón, suministros de diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos reproductores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de calidad hospitalaria que son ordenados por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica tiene lugar cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento o la pérdida de una extremidad o de una función de ésta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son: 1) administrados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) e Información de Divulgación: este documento, junto con el su formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades cómo miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación 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 para adquirir un medicamento no preferido en el nivel más bajo de costos compartidos (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por el Departamento de Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) por poseer el o los mismos ingredientes activos que

el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento "genérico" funciona igual que el medicamento de marca, pero generalmente su costo es inferior.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nosotros o una farmacia, incluyendo quejas por la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de atención médica domiciliaria: un asistente de atención médica domiciliaria provee servicios que no requieren los conocimientos de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no poseen licencia de enfermería ni administran terapias.

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, debe 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 suplementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

Internación en hospital: una internación o estadía en el hospital es cuando ha sido ingresado 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".

Suma de ajuste mensual conforme con ingresos (IRMAA): si sus ingresos están por encima de una determinada suma, usted pagará una suma de ajuste mensual relacionado con los ingresos, además de su prima mensual del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos mayores a $85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a $170,000 deben pagar coberturas más altas de Medicare Parte B (seguro médico) y suma de prima de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta suma adicional se conoce como suma de ajuste mensual relacionado con los ingresos. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayor parte no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite de cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: es la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos, incluidas las sumas que ha pagado y que el plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado los $5,000.

Período de inscripción inicial: período de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo: si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional: un Plan para necesidades especiales que inscribe a individuos 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, por sus siglas en inglés). Estos centros LTC pueden incluir un Centro de enfermería especializada (SNF); centros de enfermería (NF, por sus siglas en inglés); (SNF / NF); un centro de cuidado intermedio para quienes sufren de retraso mental (ICF / MR, por sus siglas en inglés. Un Plan de Necesidades Especiales Institucional para atender 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 institucional equivalente (SNP): un Plan para Necesidades Especiales Institucional que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación a 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 individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF, por sus siglas en inglés) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

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.

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

Máximo de gastos de su propio bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Montos que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Si usted reúne los requisitos para la ayuda de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no será responsable por pagar ningún costo de su propio bolsillo que cuente hacia la cantidad máxima de su propio bolsillo por los servicios cubiertos de Parte a y Parte B. (Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gastos de su bolsillo). Consulte el Capítulo 4, Sección 1, para obtener mayor información sobre el monto máximo de gastos de su propio bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): es un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica de gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted es elegible para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por el Departamento de Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicaid: el programa de seguro médico federal para mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, un plan de costo de Medicare, un plan PACE, o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): algunas veces denominado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada bajo contrato con Medicare para proporcionarle sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS, por sus siglas en inglés) o un Plan de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare quedan cubiertos a través de este plan y no se pagan bajo la cobertura de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todos los beneficiarios de Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare ofrecido en su área; excepto los pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

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, por sus siglas en inglés) o un Plan Competitivo de Medical (CMP, por sus siglas en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso del costo bajo la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos de fabricante sobre la mayoría de los medicamentos de marca Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha en Cobertura y no se encuentren recibiendo "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.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de seguro médico de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

Plan de seguro médico de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare de la Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privados para cubrir las "brechas" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

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).

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de 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 nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, 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 el 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 se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cada vez que ella decide si los artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o

servicios cubiertos. En este cuadernillo, las determinaciones de una organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por cada servicio”): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original se divide en dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

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 adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

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 cuadernillo.

Gastos de su bolsillo: vea la definición anterior de "costo compartido". El requisito de costo compartido en los costos debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de su propio bolsillo” del miembro.

Un plan PACE: un plan PACE (Programas 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 un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad que ellos necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: **consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.**

Parte D: el Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

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 medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura como Medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene 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 período de 63 días consecutivos o más. Usted paga este monto más elevado por el período que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar sus costos de medicamentos del plan recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), usted será sujeto a una multa por inscripción tardía de la Parte D si estuvo sin cobertura válida para medicamentos recetados por 63 días o más.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés): 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 del 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 de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. Se asegurará de que usted reciba la atención que necesita para cuidar su salud. También puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su atención y remitirlo a esos profesionales. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información acerca de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos incluidos o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Protésicos y ortóticos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los elementos cubiertos, se incluyen aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparados necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de 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 pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

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 período de tiempo específico.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: 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. Para los planes que limitan la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de cobertura de servicios del plan permanentemente.

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. Entre algunos de

los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera o un médico.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su condición médica antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un "servicio requerido urgentemente" se provee para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no sea de emergencia ni imprevista y que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME	(866) 472-4584 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(801) 858-0409

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
POR CORREO	Molina Healthcare 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047
PÁGINA WEB	http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Programa de Información de Seguros de Salud para Personas de la Tercera Edad de Ohio (OSHIP) (Ohio SHIP): es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a los beneficiarios de Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	(800) 686-1578
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y está destinado a personas con dificultades de audición o habla.
POR CORREO	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) Ohio Department of Insurance 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215
PÁGINA WEB	http://www.insurance.ohio.gov/Consumer/Pages/ConsumerTab2.aspx

Declaración de Divulgación de PRA *Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Departamento de Servicios para Miembros (866) 472-4584,
TTY / TDD 711
7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local