

2025

# Evidencia de Cobertura

## Molina Medicare Choice Care (HMO)

California H5810-014

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025



**1 de enero al 31 de diciembre de 2025**

## **Evidencia de cobertura:**

### **Sus Beneficios y servicios de salud y Cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO)**

En este documento, se ofrecen detalles acerca de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre 2025. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al (800) 665-0898 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local. Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Molina Medicare Choice Care (HMO), lo ofrece Molina Healthcare of California. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, estas se refieren a Molina Healthcare of California. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Molina Medicare Choice Care (HMO)).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 665-0898 (TTY: 711).

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

Los beneficios, las primas, o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas afectadas con al menos 30 días de anticipación.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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

- Su prima del plan y los costos compartidos;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- el modo de presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- el modo de comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al (800) 665-0898 (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 665-0898 (TTY: 711).

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad, ubicación geográfica.

H5810\_25\_014\_CAEOC\_C ES

CA-H5810-014-MAPD-EC-ES-25V3

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 31 de agosto de 2026)

**Tabla de contenidos****Evidencia de cobertura 2025****Tabla de contenidos**

<b>CAPÍTULO 1:</b>	<b><i>Primeros pasos como miembro</i></b> .....	<b>4</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? .....	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá .....	7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Molina Medicare Choice Care (HMO) .....	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual .....	11
SECCIÓN 6	Cómo mantener actualizado su registro de membresía al plan .....	13
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan .....	13
<b>CAPÍTULO 2:</b>	<b><i>Números telefónicos y recursos importantes</i></b> .....	<b>15</b>
SECCIÓN 1	Contactos de Molina Medicare Choice Care (HMO) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros) .....	16
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare) .....	20
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) .....	21
SECCIÓN 4	Organización de Mejoramiento de Calidad .....	23
SECCIÓN 5	Seguro Social .....	24
SECCIÓN 6	Medicaid .....	25
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados .....	26
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario .....	28
SECCIÓN 9	¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador? .....	29
<b>CAPÍTULO 3:</b>	<b><i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i></b> .....	<b>30</b>
SECCIÓN 1	Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan .....	31
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica .....	32
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere cuidados de urgencia, o durante un desastre .....	36
SECCIÓN 4	Cómo proceder si recibe la factura directamente por los costos totales de los servicios .....	38
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un estudio de investigación clínica? .....	39
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica .....	41

**Tabla de contenidos**

SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero .....	41
<b>CAPÍTULO 4:</b>	<b><i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) .....</i></b>	<b>44</b>
SECCIÓN 1	Explicación de los costos de su bolsillo por servicios cubiertos .....	45
SECCIÓN 2	Usar la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará .....	46
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? .....	95
<b>CAPÍTULO 5:</b>	<b><i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D ....</i></b>	<b>98</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	99
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan .....	99
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de Medicamentos del plan .....	102
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos .....	104
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que le estuviera? .....	105
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza? .....	108
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan? .....	110
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta médica .....	110
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales .....	111
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos .....	113
<b>CAPÍTULO 6:</b>	<b><i>Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D ....</i></b>	<b>115</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	116
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 .....	118
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra .....	118
SECCIÓN 4	No hay deducible para Molina Medicare Choice Care (HMO) .....	120
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 .....	120
SECCIÓN 6	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D .....	124
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra .....	124
<b>CAPÍTULO 7:</b>	<b><i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos .....</i></b>	<b>127</b>
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos .....	128
SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido .....	130

**Tabla de contenidos**

SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente ....	131
<b>CAPÍTULO 8:</b>	<b><i>Sus derechos y responsabilidades</i></b> .....	<b>132</b>
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan .....	133
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan .....	144
<b>CAPÍTULO 9:</b>	<b><i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i></b> .....	<b>146</b>
SECCIÓN 1	Introducción .....	147
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada .....	147
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? .....	148
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones .....	148
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura .....	151
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación .....	158
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que le están dando el alta demasiado pronto .....	166
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto .....	170
SECCIÓN 9	Cómo llevar su Apelación al Nivel 3 y más .....	173
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas .....	175
<b>CAPÍTULO 10:</b>	<b><i>Finalización de su membresía en el plan</i></b> .....	<b>179</b>
SECCIÓN 1	Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan .....	180
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? .....	180
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? .....	182
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....	183
SECCIÓN 5	Molina Medicare Choice Care (HMO) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos .....	183
<b>CAPÍTULO 11:</b>	<b><i>Avisos legales</i></b> .....	<b>185</b>
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables .....	186
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación .....	186
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare .....	186
<b>CAPÍTULO 12:</b>	<b><i>Definiciones de términos importantes</i></b> .....	<b>187</b>

# CAPÍTULO 1:

## *Primeros pasos como miembro*

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Usted está inscrito en Molina Medicare Choice Care (HMO), que es un plan especializado de Medicare Advantage**

Usted tiene cobertura de Medicare y ha optado por obtener cobertura por atención médica y medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Molina Medicare Choice Care (HMO). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, la distribución de costos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Molina Medicare Choice Care (HMO) es un Plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization; es decir, Organización para el mantenimiento de la salud) que está aprobado por Medicare y dirigido por una empresa privada.

**La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC,)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

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

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se le informa cómo puede obtener atención médica y medicamentos recetados. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y el modo de presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención médica, los servicios y los medicamentos recetados que se le ofrecen como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO).

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

Si está confundido(a), preocupado(a) o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Molina Medicare Choice Care (HMO) le brinda cobertura para 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 *enmiendas*.

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en Molina Medicare Choice Care (HMO) entre el 1.º de enero del 2025 y el 31 de diciembre del 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Molina Medicare Choice Care (HMO) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en un área de servicio, luego del 31 de diciembre del 2025.

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

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

**SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?****Sección 2.1 Requisitos que debe reunir**

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- tiene la Parte A y la Parte B de Medicare;
- -- y -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos;

**Sección 2.2 Este es el área de cobertura de servicios del plan Molina Medicare Choice Care (HMO)**

Molina Medicare Choice Care (HMO) está disponible solo para las personas que viven en nuestra área de servicio del plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de cobertura de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Imperial, Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego

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 Servicios para Miembros para actualizar su información. Si se muda a un estado fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el estado donde se haya mudado.

Si planea mudarse a un área fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el área donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un Período Especial de Inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare 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 2.3 Ciudadano estadounidense o residencia legal en EE. UU.**

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) notificarán a Molina Medicare

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Choice Care (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro. Molina Medicare Choice Care (HMO) tendrá que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

### SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

#### Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



NO utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Molina Medicare Choice Care (HMO), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de hospital, servicios en un centro de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica que aprobó Medicare, a los que también se les llama ensayos clínicos.

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.

#### Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de Proveedores*, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, casos en los que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Molina Medicare Choice Care (HMO) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de Directorios de Proveedores y Farmacias en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

### Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de Farmacias* se indican las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. En el *Directorio de Farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Si desea obtener información sobre cuándo puede hacer uso de los servicios de las farmacias que no están en la red del plan, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros. También puede obtener esta información en nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Enumera los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Molina Medicare Choice Care (HMO) 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 Choice Care (HMO).

En la lista de medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. La Lista de Medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros utilizan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de Medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no está incluido en la Lista de Medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si lo cubrimos. Si desea obtener la información más completa y actual sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan ([MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

---

## SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Molina Medicare Choice Care (HMO)

---

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1).
- Prima de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Multa por Inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual conforme a los Ingresos (Sección 4.4).
- Monto del Plan de compra de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.5)

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro****Sección 4.1 Prima del plan**

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2025, la prima mensual de Molina Medicare Choice Care (HMO) es \$0. Además, debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero lo hagan por usted).

**En algunos casos, su prima del plan podría ser menor**

Existen programas para ayudar a que las personas con recursos limitados puedan pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs). En el Capítulo 2, Sección 7 hay más información sobre estos programas. Si usted reúne los requisitos, inscribirse al programa podría reducir su prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de uno de estos programas, **puede que la información sobre las primas detallada en esta Evidencia de Cobertura no corresponda a su caso**. Le hemos enviado un anexo, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional por Subsidio por Bajos Ingresos” o “LIS Rider”), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “cláusula adicional LIS”. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

**Sección 4.2 Prima de la Parte B de Medicare****Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare**

**Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar como miembro del plan.** Además, puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los Miembros que no son elegibles para la Parte A gratuita.

**Sección 4.3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D**

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial, existe un período igual o superior a 63 días consecutivos en los que no tiene cobertura válida para medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados. La cobertura válida para medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. Deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D se suma a su prima mensual o trimestral. Cuando usted se inscribe por primera vez en Molina Medicare Choice Care (HMO), le informamos la suma de la multa.

Usted **no** deberá pagar si ocurren las siguientes situaciones:

- Recibe “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

- Tuvo cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o Veterans Health Administration (VA). Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla para inscribirse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.
  - **Nota:** el aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados válida y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - **Nota:** Lo detallado a continuación no forma parte de una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y páginas web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina la suma de la multa.** A continuación explicamos cómo funciona:

- Si transcurren 63 días o más sin tener la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de que, inicialmente, usted era elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para el 2025, este monto promedio de la prima es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de \$36.78, lo que equivale a \$5.15. Este monto se redondea a \$5.20. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años** debido a que las primas promedio pueden variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté suscrito en un plan con beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de planes.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su periodo de inscripción inicial para adultos en Medicare.

**Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, usted debe solicitar esta revisión **en el transcurso de los 60 días** posteriores a la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. No obstante, en caso de que haya estado pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la multa por inscripción tardía.

### Sección 4.4 Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Suma de Ajuste Mensual Conforme a Ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace dos años. Si esta suma supera una

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

determinada cantidad, usted pagará la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información acerca de la suma adicional que podría tener que pagar de acuerdo con sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar una suma 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 suma adicional. La suma adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la suma adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la suma adicional, usted recibirá una factura de Medicare. **Usted le debe pagar una suma adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga la suma adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con el pago de la suma adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

### Sección 4.5 Monto del Plan de compra de medicamentos recetados de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 brinda más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

---

## SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

---

### Sección 5.1 Existen varias formas en las que usted puede pagar su prima del plan

Existen tres (3) maneras en las que puede pagar su prima del plan.

#### Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar su prima del plan con un cheque y con nuestra libreta de cupones. Cuando se inscriba para pagar con un cheque, le enviaremos una libreta de cupones que estará en vigor durante todo el periodo de inscripción de un año. La libreta incluirá un cupón que usted deberá enviar con su cheque cada mes. El cheque debe enviarse por correo y a nombre de su plan, Molina Medicare Choice Care (HMO), a la siguiente dirección: (Los cheques NO deben hacerse a nombre de CMS o HHS).

Molina Healthcare  
P.O. Box 515189  
Los Ángeles, CA 90051-5189

**Capítulo 1 Primeros pasos como miembro**

---

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

**Opción 2: Transferencia electrónica de fondos**

Puede pagar por transferencia electrónica de fondos (EFT, electronic funds transfer), lo que significa que el plan debitará directamente la multa de inscripción tardía de forma automática de su cuenta corriente o caja de ahorros. En el formulario de inscripción incluido en su paquete de inscripción, complete la información bancaria para comenzar a hacer pagos por transferencia electrónica. Las deducciones automáticas se realizarán entre el día 23 y el día 30 de cada mes. Si necesita cambiar su opción de pago o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este cuadernillo).

**Opción 3: Puede hacer que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede hacer que se deduzca la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su prima del plan de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si tiene problemas para pagar a tiempo su prima del plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagar la multa. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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 10 de este cuadernillo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja. Si se presentó una emergencia que estuvo fuera de su control y que no le permitió pagar su prima del plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede solicitar que reconsideremos esta decisión si llama al (800) 665-0898, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe efectuar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

**Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?**

**No.** No está permitido cambiar la suma que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que deba empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si, durante el transcurso del año, es elegible para el programa “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) o deja de serlo:

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

## Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

---

Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” (“Extra Help”) en el Capítulo 2, Sección 7.

---

### SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su registro de membresía al plan

---

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 información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de distribución de costos que le corresponden.** 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 o pareja de hecho, la indemnización al trabajador o Medicaid)
- Si tiene cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil.
- Si se lo ha internado en una residencia para personas mayores.
- 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. (**Nota:** no tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, háganoslo saber llamando a Servicios para Miembros.

Los miembros pueden crear una cuenta en línea para cambiar de doctor, 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 [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare) para crear o acceder a su cuenta en línea.

También es importante que se contacte 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.

---

### SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

---

#### Seguro adicional

Medicare nos exige reunir información sobre cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le corresponden según nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de Beneficios**.

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o 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 se encuentra en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que deba 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 1 Primeros pasos como miembro**

---

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

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

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud 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 de salud 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 de salud 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 ESRD, el plan de salud 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 hayan pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap.

# CAPÍTULO 2:

*Números telefónicos y recursos importantes*

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes****SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Choice Care (HMO)**

(cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

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

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Choice Care (HMO). Nos complacerá ayudarle.

<b>Método</b>	<b>Servicios para Miembros – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-0898  Las llamadas a este número son gratuitas. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.  Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>

**Cómo contactarnos para consultar sobre una decisión de solicitud de cobertura o apelación referente a su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o 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. Si desea obtener más información sobre las decisiones de solicitud de cobertura o apelaciones por su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-0898

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto</b>
	Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
<b>TTY</b>	711  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del 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.
<b>FAX</b>	Advanced Imaging: (877) 731-7218 Transplants: (877) 813-1206 Medical/Behavioral Health Outpatient: (844) 251-1450 Inpatient: (844) 834-2152 RX/J codes: (866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
<b>PÁGINA WEB</b>	MolinaHealthcare.com/Medicare

<b>Método</b>	<b>Apelaciones por Atención Médica: Información de Contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-0898  Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
<b>TTY</b>	711  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del 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.
<b>FAX</b>	(562) 499-0610
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>PÁGINA WEB</b>	MolinaHealthcare.com/Medicare

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Decisiones de Cobertura y Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D: Información de Contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-3086 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
<b>TTY</b>	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del 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.
<b>FAX</b>	(866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>PÁGINA WEB</b>	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

<b>Método</b>	<b>Quejas por atención médica – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-0898 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.
<b>TTY</b>	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del 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.
<b>FAX</b>	(562) 499-0610

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Quejas por atención médica – Información de contacto</b>
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Choice Care (HMO) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a> .

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura del proveedor) que considera que debemos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de Pago por Atención Médica: Información de Contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-0898  Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.
<b>TTY</b>	711  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del 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.
<b>FAX</b>	Part C (Medical Services): (310) 507-6186 Part D (Pharmacy): (866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de Pago por Medicamentos Recetados de la Parte D: Información de Contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	(800) 665-0898  Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8 a. m. a 5 p. m., hora local
<b>TTY</b>	711  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del 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.
<b>FAX</b>	(866) 290-1309
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>PÁGINA WEB</b>	MolinaHealthcare.com/Medicare

**SECCIÓN 2 Medicare**

(cómo recibir ayuda 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	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.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Medicare – Información de contacto</b>
	Las llamadas a este número son gratuitas.
<b>PÁGINA WEB</b>	<p data-bbox="505 454 760 489"><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p data-bbox="505 507 1627 730">Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En él, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para personas mayores, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="505 748 1627 863">En el sitio 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:</p> <ul data-bbox="578 881 1627 1150" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="578 881 1627 955">• <b>Herramienta de requisitos para participar en Medicare:</b> ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.</li> <li data-bbox="578 966 1627 1150">• <b>Localizador de planes de Medicare:</b> 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 <i>aproximado</i> de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="505 1168 1627 1242">También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Molina Medicare Choice Care (HMO):</p> <ul data-bbox="578 1260 1627 1448" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="578 1260 1627 1448">• <b>Informarle a Medicare su queja:</b> Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Choice Care (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</li> </ul> <p data-bbox="505 1467 1627 1689">Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien puede llamar a Medicare e indicar la información que está buscando. Allí encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (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).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como HICAP.

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

---

HICAP es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) con fondos del Gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de HICAP lo podrán ayudar a comprender sus derechos de Medicare, a presentar quejas por la atención médica o el tratamiento que recibe y a solucionar cualquier problema con sus facturas de Medicare. Los asesores de HICAP también lo podrán ayudar si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare y a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare, y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

**MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP y OTROS RECURSOS:**

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en LOCALIZADOR DE SHIP en el medio de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>HICAP (SHIP de California): Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>Condado de Los Angeles : (800) 434-0222            Condado de San Diego: (858) 565-8772            Condado de Imperial: (760) 353- 0223            Condados de Riverside y San Bernardino: (909) 256-8369</p> <p>Los Angeles: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.            San Diego e Imperial: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.            Riverside y San Bernardino: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>HICAP</p> <p>Los Angeles County:            Center For Health Care Rights            4601 Wilshire Boulevard, Suite 160            Los Angeles, CA 90010            (800) 434-0222</p> <p>Riverside and San Bernardino Counties:            Council on Aging Southern California            2280 Market Street Suite 140            Riverside, CA 92501            (909) 256-8369</p> <p>San Diego County &amp; Imperial Counties:            Elder Law &amp; Advocacy            5151 Murphy Canyon Road, Suite 110            San Diego, CA 92123            San Diego: (858) 565-8772            Imperial: (760) 353-0223</p>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/">https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/</a>

**SECCIÓN 4 Organización de mejoramiento de calidad**

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

Livanta tiene un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

- Si considera que el período de cobertura por su estadía en el hospital 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) finalizará demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta: (Organización de Mejoramiento de Calidad de California)</b>
<b>LLAME AL</b>	(877) 588-1123 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., hora local; fines de semana y días festivos, de 10 a. m. a 4 p. m., hora local
<b>TTY</b>	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRÍBANOS</b>	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.livantaqio.com/">https://www.livantaqio.com/</a>

**SECCIÓN 5 Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar los requisitos de elegibilidad para los beneficios de Medicare y de administrar las inscripciones a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años de edad o más, o personas con discapacidades o insuficiencia renal en etapa terminal que cumplen ciertos requisitos son elegibles para Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe los cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social que le corresponda.

El Seguro Social está a cargo, además, de determinar quién debe pagar una suma adicional por su cobertura de medicamentos 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 decayeron 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.

<b>Método</b>	<b>Seguro Social – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

Método	Seguro Social – Información de contacto
<b>TTY</b>	1-800-325-0778  Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.  Las llamadas a este número son gratuitas.  El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

**SECCIÓN 6 Medicaid**

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado para Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros distribución de costos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados y empleados cualificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con California Department of Health Care Services.

Método	California Department of Health Care Services: Información de contacto
<b>LLAME AL</b>	(916) 449-5000  De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
<b>TTY</b>	711/(866) 784-2595  Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>California Department of Health Care Services: Información de contacto</b>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx">http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx</a>

---

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

---

La página web [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

### **Programa de “Ayuda Extra” de Medicare**

Medicare brinda “Ayuda Extra” para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si usted califica, obtiene ayuda para pagar por cualquier prima mensual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta “Ayuda Extra” cuenta como parte de los gastos de su bolsillo.

Si tiene derecho automáticamente a la "Ayuda Adicional (Extra Help)", Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que presentar una solicitud. Si no cumple los requisitos automáticamente, puede obtener "Ayuda Adicional (Extra Help)" para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. Para ver si califica para la “Ayuda Extra”, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días a la semana.
- Puede llamar a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted considera que puede recibir los beneficios de la “Ayuda Adicional (Extra Help)” y considera que está pagando una suma de costos compartidos incorrecta por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan diseñó un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia del nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, para presentarla ante nosotros.

- La Mejor Evidencia Disponible (BAE) que se encuentra en la web en [http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best\\_Available\\_Evidence\\_Policy.html](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 el Departamento de Farmacias identifican los casos en los que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros enumerada en el Capítulo 2. Asimismo, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Las formas de evidencia admisibles son las siguientes:
  - carta de aprobación de la Administración de Seguro Social (SSA);
  - aviso de aprobación;
  - ingreso de seguridad suplementario;

## Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted abone el copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica en la farmacia. Si abona 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 efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene preguntas.

### ¿Qué ocurre si tiene “Ayuda Extra (Extra Help)” y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el AIDS (ADAP)?

#### ¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el AIDS (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el formulario de ADAP pueden calificar para la ayuda de costos compartidos para medicamentos recetados a través del Office of AIDS. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y condición de no asegurado/subasegurado.

Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Office of AIDS, teléfono: (916) 449-5900.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Office of AIDS, teléfono: (916) 449-5900.

### El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros pueden participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare
LLAME AL	(800) 665-0898 Las llamadas a este número son gratuitas. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.

**Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare</b>
<b>TTY</b>	711 Las llamadas a este número son gratuitas. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>ESCRIBA A</b>	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>PÁGINA WEB</b>	MolinaHealthcare.com/Medicare

**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 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. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Retiro Ferroviario, llame a la agencia.

<b>Método</b>	<b>Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://rrb.gov/">https://rrb.gov/</a>

---

**SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?**

---

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/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 o pareja de hecho) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). 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 empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con el **administrador de los beneficios del grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados con su plan.

# CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan para sus servicios  
médicos*

---

## **SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

---

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Se proporcionan las definiciones de ciertos términos y se explican las normas que deberá cumplir para recibir tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre el tipo de atención médica cubierta 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 médicos, servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*).

### **Sección 1.1 Definición de proveedores de la red y servicios cubiertos**

- 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.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica bajo contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los Medicamentos Recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

### **Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por el plan**

Como plan de seguro de salud de Medicare, Molina Medicare Choice Care (HMO) debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Original Medicare.

Molina Medicare Choice Care (HMO) en general cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o 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 (Primary Care Provider, PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de poder utilizar 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 remisión. Para obtener más información al respecto, 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 al respecto, 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 este servicio, 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. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados. *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 al respecto, 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 exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con los mismos distribución de costos que normalmente paga dentro de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera provisional, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional. La distribución de costos que usted paga por diálisis en el plan nunca puede exceder la distribución de costos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su distribución de costos no puede exceder la distribución de costos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible de manera provisional y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, la distribución de costos para la diálisis puede ser mayor.

**SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica****Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica****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 (Primary Care Provider, 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 salud son elegibles para prestar servicios como PCP de nuestro Plan cuando ejercen en las áreas de medicina de familia, medicina general, geriatría, medicina interna u obstetricia/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

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

---

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 proporcionará la mayor parte de su atención médica y le ayudará a coordinar los demás servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Estos incluyen:

- Sus radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- Terapias.
- Atención de médicos especialistas.
- Admisiones al hospital.
- Atención de seguimiento.

“Coordinar” sus servicios incluye 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 una remisión para consultar a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una 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.

#### ¿Cómo selecciona usted a su PCP?

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

#### Cómo cambiar su PCP

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

Molina Medicare Choice Care (HMO) tiene una Política de Continuidad de Cuidado (Continuity-of-Care, COC) que le permite tener acceso continuo a proveedores médicos no contratados en las siguientes situaciones:

#### Si usted es un miembro nuevo, puede continuar con el tratamiento por hasta 90 días:

- Si está en un tratamiento activo con un proveedor médico no contratado al momento de la inscripción.
- Si actualmente tiene un equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): Molina Medicare Choice Care (HMO) asegurará un acceso continuo al DME y a reparaciones necesarias de proveedores no contratados.
- Si está embarazada, usted recibirá una continuidad de la atención hasta que los servicios de posparto se hayan completado o durante un período más largo, de ser necesario, para una transferencia segura con otro proveedor.

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

**Si usted es un miembro existente**, puede recibir una continuidad de la atención hasta por un año para servicios continuos luego de la interrupción de un contrato entre Molina Medicare Choice Care (HMO) y su proveedor médico o centro, considerando las siguientes limitaciones:

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

El personal de Molina Medicare Choice Care (HMO) trabajará con el proveedor médico no contratado para llevarle a la red de Molina Medicare Choice Care (HMO) como un proveedor contratado o trabajará con usted y el proveedor para transferir su atención a un profesional dentro de la red 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 Choice Care (HMO) puede extender el período de 90 días si fuera necesario para satisfacer alguna necesidad excepcional que pudiera tener.
2. Molina Medicare Choice Care (HMO) no aprobará la continuación de la atención por parte de un proveedor externo en los siguientes casos:
  - Usted solo requiere el control de una afección crónica.
  - La interrupción del contrato con el proveedor médico se realizó en función de una acción de revisión profesional debido a incompetencia o conducta inapropiada, y su bienestar puede peligrar.
  - El proveedor médico no está dispuesto a continuar brindándole la atención a usted.
  - La atención con el proveedor externo se inició **después** de su inscripción en Molina Medicare Choice Care (HMO)
3. El proveedor a cargo de la atención continua no cumplió con los criterios/las políticas de acreditación de Molina Medicare Choice Care (HMO) en el pasado o intenta lograr la acreditación al mismo tiempo que brinda atención.

#### Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión 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, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia, que son servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable dada su hora, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.

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

Un especialista es un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los médicos ortopedistas atienden a 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 retornar 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 desea utilizar los servicios de determinados especialistas, infórmese sobre si su PCP envía 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 derivar. Si desea utilizar determinados hospitales, debe informarse sobre si su PCP utiliza estos hospitales.

**¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?**

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted cuenta con ciertos 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.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si tiene el proveedor asignado, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.

## Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si usted se encuentra en tratamiento médico o terapias con su proveedor actual tiene el derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y trabajaremos con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con distribución de costos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista deja su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le asignamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), una queja sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, podrá recibir esta 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 en la cubierta posterior de este folleto). 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 si tiene una emergencia o requiere cuidados de urgencia, o durante un desastre

### Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

#### ¿Qué es una emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor 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 o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario que obtenga primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

- En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia. Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para Miembros utilizando el número que se encuentra en el reverso de la tarjeta de identificación de membresía del plan.

**Servicios que están cubiertos en una emergencia médica**

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. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año natural para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado 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 continúe estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros a fin de planificar atención adicional. 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 atención de 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 de alguna de estas dos maneras:

- acude a un proveedor de la red; para recibir atención adicional;
- - 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 servicios requeridos urgentemente?**

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidados de urgencia usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

---

Línea de Consejos de Enfermeras al (888) 275-8750 para usuarios de habla inglesa y española. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año natural para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización.

**Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre**

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

Visite nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare) si desea obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede recibir atención médica de un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red al costo compartido que corresponde dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá surtir 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 recibe la factura directamente por los costos totales de los servicios**

---

**Sección 4.1 Puede hablar con nosotros para que paguemos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos**

Si pagó un monto superior al que corresponde a su distribución de costos del plan en los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*), donde obtendrá más información sobre cómo proceder en estos casos.

**Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, usted deberá pagar el costo total**

Molina Medicare Choice Care (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, según se enumeran en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, deberá pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el costo total de cualquier servicio que 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 contarán para el cálculo del máximo de gastos de su bolsillo.

---

**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 acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, se solicitan voluntarios para participar en estos.

Una vez que Medicare aprueba el estudio y usted manifiesta su interés, 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 este y comprenda en su totalidad y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar la distribución de costos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de distribución de costos de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y la distribución de costos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. 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 desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise, ni que obtenga 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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (National Coverage Determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y Exención de dispositivos de investigación (Investigational Device Exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros de Medicare Advantage por Original Medicare, sugerimos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare *no* aprobó, *será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.*

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

Al inscribirse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

### Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

---

- Habitación y comidas para una hospitalización 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.

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el monto de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 si desea obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

*En el siguiente ejemplo, se explica cómo funciona el 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 por la prueba y usted pagaría los \$20 de copago que se requieren de conformidad con Medicare Original. Luego, usted debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y enviar la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán por 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* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por TC mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una TC.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier inscrito en el ensayo.

#### Más información

Si desea obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y Estudios de Investigación Clínica* (Medicare and Clinical Research Studies) (la publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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 en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

---

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

Una institución no médica religiosa de atención médica 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 enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio se provee únicamente para servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos).

### Sección 6.2 Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica

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

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

Para recibir cobertura de nuestro plan, el cuidado que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica 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 en hospital para pacientes internados o atención en centros 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 – rigen las limitaciones de cobertura de internación en hospital de Medicare (consulte el beneficio del Capítulo 4).

---

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

---

### Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO), generalmente no podrá adquirir la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el elemento mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos por el artículo luego de cambiarse a Original Medicare para convertirse en su propietario. Los pagos realizados mientras estaba inscripto en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el elemento en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de ser propietario del elemento.

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el elemento en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscripto en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estaba en él. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del elemento una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

**Sección 7.2 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno****¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Molina Medicare Choice Care (HMO) cubrirá lo siguiente:

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

Si abandona Molina Medicare Choice Care (HMO) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto al propietario.

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

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Eso significa que, en los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de los cinco años, puede elegir quedarse en la misma empresa o irse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años comienza de nuevo,

**Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos**

---

aunque siga en la misma empresa; por lo tanto, está obligado a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, vuelve a empezar el ciclo de cinco años.

# CAPÍTULO 4:

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

---

## **SECCIÓN 1 Explicación de los costos de su bolsillo por servicios cubiertos**

---

En este capítulo encontrará una Tabla de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y se indica la suma que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones en ciertos servicios.

### **Sección 1.1 Tipos de costos de su bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos**

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

- Un **copago** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre los copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que pueden recibir los beneficios de Medicaid o del Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Dado que usted está suscrito a un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que usted debe pagar de su propio bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (ver la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 que se encuentra debajo). Este límite se denomina suma máxima de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO), la suma máxima que deberá pagar de su propio bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2025 es \$6,000. Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. (Las sumas que paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo). Además, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (\*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la suma máxima de su bolsillo de \$6,000, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando sus primas del plan y la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

### **Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen facturaciones de saldo**

Como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma de distribución de costos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores

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

no pueden agregar cargos adicionales independientes, conocidos como “facturación del saldo”. Este factor de protección 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 de distribución de costos es un copago (una cantidad fija en dólares; por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si la distribución de costos es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o para servicios requeridos urgentemente o de emergencia).
  - 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, o para servicios de emergencia o requeridos urgentemente fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le realizó una facturación de saldo, llame a Servicios para Miembros.

---

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

---

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

La Tabla de Beneficios Médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Molina Medicare Choice Care (HMO) y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos afiliados, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no podrá exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

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

---

- 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, a menos que sea de emergencia o cuidados de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. 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 remisión.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros puntos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2025*. Véalo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicite 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.
- Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.

**Información Importante sobre Beneficios para Inscritos con Ciertas Enfermedades Crónicas**

Si se le diagnostican las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos.

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.
- Trastornos autoinmunitarios.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares.
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Demencia.
- Diabetes.
- Enfermedad hepática en etapa terminal.
- Insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD).
- Trastornos hematológicos graves.
- VIH/SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos.
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
- Trastornos neurológicos.
- Accidente cerebrovascular.

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

Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional.

Nota: al solicitar este beneficio, autoriza a los representantes de Molina Medicare Choice Care (HMO) a comunicarse con usted por teléfono, correo postal o cualquier otro método de comunicación, como se indica expresamente en su solicitud.

Para obtener más información, consulte la fila **Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas** en la siguiente Tabla de beneficios médicos.



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

**Tabla de Beneficios Médicos**

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal*</b></p> <p>Un solo examen preventivo de ultrasonido para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>
<p><b>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: hasta 12 consultas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dura 12 semanas o más;</li> <li>• no específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);</li> <li>• no está asociado con una intervención quirúrgica; y</li> <li>• no está asociado con el embarazo.</li> </ul> <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor de espalda crónico al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p>	<p>Usted paga \$15 de copago por cada servicio de acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Acupuntura para dolor crónico de espalda baja (Continuación)</b></p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/enfermeros especialistas clínicos (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y</li> <li>• una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.</li> </ul> <p>El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, sean para una situación de emergencia o no, incluyen transporte en aeronaves de alas fijas y alas rotativas, y servicios de ambulancia terrestre, al centro más cercano que pueda proveer atención, si son proporcionados a un miembro cuya condición médica sea tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si es autorizado por 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.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo de cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare. Solo se requiere autorización previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia. Si necesita atención de emergencia, llame al 911 y solicite una ambulancia.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p><b>Examen físico anual (suplementario)*</b></p> <p>El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para servicios adicionales de examen físico que solo pueden ser prestados por un médico, enfermera practicante o auxiliar médico. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante inspección visual, palpación, auscultación y percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una afección física.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios. Si se requieren servicios adicionales, el proveedor lo referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.</p>
<p> <b>Consulta preventiva anual*</b></p> <p>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.</p> <p><b>Nota:</b> su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una consulta de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.</p>
<p> <b>Medición de masa ósea*</b></p> <p>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: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)*</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años.</li> </ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)* (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen clínico de mamas cada 24 meses.</li> </ul> <p>Una mamografía de detección se utiliza para la detección precoz del cáncer de mama. Una vez que se ha establecido un antecedente de cáncer de mamas, y hasta que no haya más señales o síntomas de cáncer de mamas, las mamografías continuas se consideran diagnóstico y se cubren bajo “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias” en esta tabla. El beneficio anual de la mamografía de detección no está disponible para los miembros que tienen signos o síntomas de cáncer de mama.</p>	
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Usted paga \$30 de copago por consulta por servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p> <b>Consulta para la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)*</b></p> <p>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede hablar sobre el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
 <b>Detección de enfermedades cardiovasculares*</b>  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.
 <b>Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal*</b>  Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o de vagina o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.
<b>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</b>  Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.</li> </ul>	Usted paga \$15 de copago por cada servicio quiropráctico cubierto por Medicare.

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Examen de detección de cáncer colorrectal*</b></p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonoscopia no tiene un límite de edad mínima o máxima y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia o enema de bario de detección.</li> <li>• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.</li> <li>• Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.</li> <li>• ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.</li> <li>• Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Cada 3 años.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.</li> <li>• Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección.</li> </ul> <p>A partir del 1 de enero de 2023, las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección del cáncer colorrectal cubierto por Medicare, excluidos los enemas de bario, para los que se aplica el coseguro. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>No se aplica el deducible de la Parte B.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Sin embargo, en la actualidad Medicare paga por algunos servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón.</p> <p>* Esto no es una garantía de cobertura.  * Determinados procedimientos necesitan autorización previa. Su dentista presentará documentación como radiografías y una descripción para respaldar los procedimientos que son médicamente necesarios y que cumplen con las pautas clínicas aceptables.</p>	<p>Usted paga \$20 por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios dentales (suplementarios)*</b></p> <p>Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas.</p> <p>Usted tiene una \$1,600 asignación máxima de por cada año calendario para todos los servicios dentales integrales y suplementarios, incluyendo dentaduras postizas.</p> <p>La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios.</p> <p>Solo los servicios enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos o frecuencia de los servicios).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 2 cada año natural; D0120, D0140, D0150 o D0180 permitidos una vez por proveedor O ubicación de por vida.</li> </ul> </li> <li>• Radiografías dentales <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 4 radiografías de mordida (D0272/D0274, D0273) por año natural</li> <li>◦ Hasta 6 periapicales (D0220/D0230) por año natural</li> <li>◦ 1 panorámica (D0330) cada 5 años calendario</li> <li>◦ 1 tomosíntesis intraoral-serie completa (D0372) cada 5 años calendario</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>No todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista pueden estar cubiertos. Solicite a un dentista que le indique lo que el plan pagará y lo que usted tendrá que pagar de su bolsillo.</p> <p>Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima.</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<b>Servicios dentales (suplementarios)* (Continuación)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ D0330 y D0372 permitidos una vez cada 5 años calendario; no se cubre con D0272 o D0274 en el mismo año calendario.</li> <li>• Profilaxis (limpiezas) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 2 cada año calendario (D1110).</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento con flúor <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 2 por cada año calendario (D1206, D1208).</li> </ul> </li> <li>• Periodoncia (limpieza de sarro profunda) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 2 por cada año calendario (D1206, D1208).</li> <li>◦ Hasta 4 cuadrantes cada 2 años calendario. La cobertura incluye cualquier combinación de D4341 o D4342.</li> </ul> </li> <li>• Periodoncia (desbridamiento) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 1 cada año natural (D4355) o</li> <li>◦ Hasta 2 cada año calendario (D4910)</li> </ul> </li> <li>• Servicios de restauración (empastes) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 6 restauraciones cada año calendario de cualquiera de los códigos ADA de restauración basada en resina o amalgama (D2140-D2161, D2330-D2335, y D2391-D2394).</li> </ul> </li> <li>• Extracciones (simples) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 8 cada año calendario (D7140)</li> </ul> </li> <li>• Extracciones (quirúrgicas) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 3 cada año calendario (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241)</li> </ul> </li> <li>• Incisión y drenaje <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 1 por diente de por vida (D7510, D7511, D7520, D7521)</li> </ul> </li> <li>• Coronas y reparación de coronas <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 2 cada año natural; una vez cada 5 años por diente (D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980)</li> </ul> </li> <li>• Endodoncias/Tratamientos de conducto <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 1 por diente, cada año natural (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426)</li> </ul> </li> <li>• Dentaduras postizas <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 1 dentadura postiza (completa, inmediata o parcial) cada 3 años naturales; hasta el monto máximo de la cobertura anual del plan (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228)</li> </ul> </li> </ul>	

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<b>Servicios dentales (suplementarios)* (Continuación)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 4 cada año natural (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765)</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento paliativo de emergencia               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Hasta 4 cada año calendario (D9110)</li> </ul> </li> <li>• Anestesia (sedación profunda e intravenosa)               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Cubierto con cirugía oral (D9222, D9223, D9239, D9243)</li> </ul> </li> </ul>	
<p>Estos códigos pueden ser actualizados por la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA) durante el año. Si tiene alguna pregunta acerca de un código dental de ADA, llame a Servicios para Miembros. Su número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro del plan. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa. Su proveedor se encargará de tramitar cualquier autorización que requiera el plan.</p>	
<p>Los servicios cosméticos que no están cubiertos por el plan.</p>	
<p>Nota: Esta cobertura es para el beneficio suplementario dental de Medicare. Algunos servicios dentales están disponibles a través del Programa Dental de Medi-Cal. Los beneficios dentales están disponibles en el Programa de Pago por Servicio Dental de Medi-Cal. Si desea obtener más información o si necesita ayuda para encontrar un dentista que acepte el Programa Dental de Medi-Cal, comuníquese con la línea de Servicio de Atención al Cliente al 1-800-322-6384 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2922). La llamada es gratuita.</p>	
<p>Los representantes del Programa de Servicios Dentales de Medi-Cal están disponibles para ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Para obtener más información, también puede visitar la página web en <a href="http://dental.dhcs.ca.gov/">dental.dhcs.ca.gov/</a>.</p>	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 <b>Examen preventivo de la depresión*</b>  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 o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
 <b>Examen de detección de la diabetes*</b>  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.  Puede optar a un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
<b>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes*</b>  Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Monitores de glucosa (azúcar) en sangre                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cubiertos cuando su médico los receta para que usted los use en casa.</li> <li>- Los monitores de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa.</li> </ul> </li> <li>◦ Tiras de prueba de glucosa (azúcar) en la sangre.                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las tiras de prueba de glucosa en la sangre de marca preferida no requieren de autorización previa.</li> <li>- Pueden estar limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	Usted paga \$0 si califica para lo siguiente cubierto por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.</li> <li>- Capacitación en autogestión de la diabetes.</li> </ul> Usted paga \$0 por suministros para diabéticos cubiertos.  <b>Puede que se requiera autorización previa para los suministros de calzado y plantillas para personas diabéticas.</b>  <b>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</b>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes* (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- True Metrix es nuestro fabricante preferido de suministros para diabéticos. Consulte nuestro formulario del plan para obtener más información o llame a Servicios para Miembros para obtener información adicional. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Insulina</li> </ul> </li> <li>• Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.</li> <li>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.</li> </ul>	<p><b>No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</b></p>
<p><b>Equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados</b></p> <p>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME 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. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo por equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare cada mes o cada período de facturación, según su proveedor.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% del costo cada mes o período de facturación, según su proveedor.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención médica de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y</li> <li>• son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo) o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>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.</p> <p>Los cuidados de emergencia fuera de Estados Unidos (EE. UU.) pueden estar cubiertos conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia o urgencia. Ofrecemos una cobertura de emergencia internacional de hasta \$10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, cuidados de urgencia, cuidados de emergencia y atención posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de cuidados de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.</p>	<p>Paga \$100 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si es admitido al hospital dentro de las siguientes 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si es admitido en un hospital, pagará el costo compartido según se describe en “Atención para pacientes internados” en esta tabla.</p> <p>Su costo compartido es el mismo para los servicios de emergencia dentro de la red o fuera de la red.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado 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 debe recibir su atención durante la internación en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>La atención de emergencia fuera de Estados Unidos (EE. UU.) puede ser considerada una emergencia y ser cubierta bajo el beneficio de cobertura internacional de emergencia/ urgente. Consulte “Cobertura internacional de cuidados de</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<b>Atención médica de emergencia (Continuación)</b>	emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.
<p><b>Beneficio de acondicionamiento físico (suplementario)*</b></p> <p>Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un equipo para ejercitar en casa. El equipo le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Las opciones de ejercicio en casa incluyen la elección de un rastreador de ejercicio, equipos de fuerza o yoga.</p> <p>Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los equipos están sujetos a cambios.</p>	<p>Usted paga \$0 por este beneficio.</p> <p>Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.</p>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar*</b></p> <p><b>Programas de control de la salud</b></p> <p>Tenemos programas disponibles para ayudarle a manejar una afección médica diagnosticada. Los programas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control del asma.</li> <li>• Control de la depresión.</li> <li>• Control de la diabetes.</li> <li>• Control de la presión arterial alta.</li> <li>• Control de enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular Disease, CVD).</li> <li>• Control de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (COPD).</li> <li>• Programa para embarazadas.</li> </ul> <p>Hay materiales de aprendizaje y datos útiles para su cuidado disponibles. También le podemos ayudar a trabajar con su proveedor.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar* (Continuación)</b></p> <p><b>Inscripción en Programas de Control de la Salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le inscribe automáticamente en los programas que responden mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia.</li> <li>• También se puede inscribir a través de su proveedor o autorreferirse.</li> </ul> <p>Hay ciertos requisitos que debe cumplir para inscribirse.</p> <p><b>Cancelación de la inscripción a Programas de Control de la Salud:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos programas son voluntarios y usted puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento.</li> </ul> <p>Puede obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas anteriores llamando a nuestro Departamento de Control de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. (hora estándar del Pacífico).</p> <p><b>Programas de Promoción de la Salud</b></p> <p>Otros programas diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida también están disponibles, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programa para el control de peso.</li> </ul> <p>Para obtener información o materiales para controlar el peso, llame al (866) 472-9483 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 6 p. m. (hora estándar del Pacífico).</p> <p><b>Asesoría nutricional/alimentaria</b></p> <p>Consulte el beneficio “Asesoramiento nutricional (suplementario)” en esta tabla.</p> <p><b>Línea de Consejos de Enfermería</b></p> <p>Ya sea que usted tenga una preocupación de salud inmediata, preguntas acerca de una afección médica, o si desea información general acerca de los recursos de salud disponibles, la línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería es: (888) 275-8750, (TTY/TDD: 711)</p>	

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Programas educativos sobre salud y bienestar* (Continuación)</b></p> <p>Una enfermera registrada le ayudará a determinar si usted puede gestionar su atención médica en su hogar o si necesita de la atención de un profesional médico.</p> <p>Llame a cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera registrada acerca de sus enfermedades o heridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No es necesario contar con una derivación o autorización previa</li> </ul> <p>Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.</p>	
<p><b>Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Los exámenes auditivos y de equilibrio de diagnóstico realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertos como atención médica ambulatoria cuando son realizados por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado.</p> <p>Los exámenes de diagnóstico auditivo y equilibrio cubiertos por Medicare se realizan para determinar si necesita o no tratamiento médico.</p> <p>El examen se basa solamente en una necesidad médica, como una pérdida auditiva debido a un malestar, una enfermedad, lesión o cirugía.</p>	<p>Usted paga \$10 para los servicios auditivos cubiertos por Medicare.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios auditivos (suplementarios)*</b></p> <p>Además de los servicios auditivos cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario.</p> <p>Después del examen auditivo de rutina, se le podría medir para un audífono.</p> <p>Para encontrar un proveedor de la audición dentro de la red cercano, puede hacer lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, o</li> <li>2. buscar en línea usando nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores de la audición suplementarios en <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</li> </ol> <p>El ajuste/la evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año calendario.</p> <p>Si le dicen que necesita audífonos, puede recibir hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años para ambos oídos combinados.</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios auditivos.</p>
<p> <b>Examen de detección de VIH*</b></p> <p>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un examen de detección cada 12 meses.</li> </ul> <p>Para mujeres que están embarazadas cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.</li> </ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención de una agencia de atención médica domiciliaria</b></p> <p>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 casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Servicios médicos y sociales.</li> <li>• Equipos y suministros médicos.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p>Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” en esta tabla para conocer los costos compartidos relacionados con el equipo médico necesario y los suministros cubiertos por Original Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Terapia de infusiones en el hogar</b></p> <p>El tratamiento de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención.</li> <li>• El entrenamiento y la capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero.</li> <li>• Monitoreo remoto.</li> <li>• Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.</li> </ul>	<p>Paga de \$0 a 20% del costo por la terapia de infusiones en el hogar cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Cuidados paliativos*</b></p> <p>Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original y no Molina Medicare Choice</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cuidados paliativos* (Continuación)</b></p> <p>certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla, o sobre los cuales tiene una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor.</li> <li>• Servicios de atención de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención a domicilio.</li> </ul> <p>Cuando se le admite en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del mismo.</p> <p><u>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:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidado paliativo, y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original.</p> <p><u>Para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> 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 y cumpla normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibirlos, solamente paga el monto de costo compartido del plan para servicios dentro de la red.</li> <li>• 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).</li> </ul> <p><u>Para servicios que están cubiertos por Molina Medicare Choice Care (HMO), pero no por Medicare Parte A o B:</u> Molina Medicare Choice Care (HMO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos</p>	<p>Care (HMO) 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.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p><b>Cuidados paliativos* (Continuación)</b></p> <p>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.</p> <p><u>Para medicamentos que se encuentren cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si no están relacionados con su afección terminal, usted paga los costos compartidos de Original Medicare.</u></p> <p>Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare</i>).</p> <p><b>Nota:</b> si necesita cuidados no paliativos (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p> <p>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.</p>	
<p> <b>Inmunizaciones*</b></p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunas contra la neumonía</li> <li>• Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B.</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19.</li> <li>• Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos como parte de nuestros beneficios de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 8 para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b></p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención 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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería de rutina.</li> <li>• Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios).</li> <li>• Medicamentos y medicinas.</li> <li>• Análisis de laboratorio.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros quirúrgicos y médicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.</li> <li>• Costos de quirófano y sala de recuperación.</li> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</li> <li>• Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados.</li> </ul>	<p>Por cada período de beneficios usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$325 por los días 1 a 6</li> <li>- \$0 por los días 7 a 90 y por cada día de reserva de por vida que usted elige usar posterior a los 90 días</li> <li>- Todos los costos que excedan sus días de reserva de por vida de Medicare (hasta 60 días durante su vida)</li> </ul> <p>Se aplican los períodos de beneficio Medicare. Un período de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos o a un SNF cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes internados (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madres 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 están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir a un lugar local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Molina Medicare Choice Care (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Molina Medicare Choice Care (HMO) proporcionará reembolso para alojamiento y comidas mientras se encuentre en un lugar alejado para la atención médica relacionada con el trasplante, con un máximo diario de hasta \$150 por día. Además, se puede pedir reembolso de millaje por el monto equivalente a las tarifas estándar de millaje para contribuyentes según lo descrito por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) ajustado y publicado mediante aviso. El monto máximo a pagar por todo el viaje, alojamiento, comidas y reembolso de millaje es cinco mil dólares (\$5,000) por trasplante según las pautas del plan.</li> <li>• Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera.</li> <li>• Servicios del médico</li> </ul> <p><b>Nota:</b> 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 le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja de datos está disponible en el sitio web en <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.</p> <p>Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta hasta el siguiente año, su beneficio y gasto compartido se basa en el año en el que fue internado.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usted puede obtener estos servicios ya sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico que solo atiende a personas con problemas de salud mental.</li> <li>• Si usted está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), Medicare solo paga hasta 190 días de servicios de internación psiquiátrica durante su vida.</li> <li>• Si usted utilizó parte de su límite de por vida de 190 días antes de inscribirse en nuestro plan, entonces el número de días de hospital de por vida cubiertos se reduce por la cantidad de días de hospitalización para tratamiento de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico.</li> <li>• El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.</li> <li>• No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite de por vida de 190 días.</li> </ul> <p>Medicare no cubre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios privados de enfermería.</li> <li>• Un teléfono o televisor en su habitación.</li> <li>• Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria).</li> </ul>	<p>Usted paga la suma de costo compartido de Medicare Original 2025 por periodo de beneficio, que Medicare determinará en el otoño de 2024. El costo compartido para 2024 es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$1,632 de deducible por internación</li> <li>-\$0 para los días 1 a 60</li> <li>-\$408 por día para los días 61 a 90</li> <li>-\$816 por día para los días 91 y posteriores por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días durante su vida)*</li> </ul> <p>- Todos los costos que excedan sus días de reserva de por vida de Medicare</p> <p>20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental que recibe de médicos y otros proveedores de atención médica mientras está internado en el hospital.</p> <p>Se aplican los períodos de beneficio Medicare. Un período de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos o a un SNF cubierto por Medicare. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (Continuación)</b></p>	<p>beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.</p> <p>Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta hasta el siguiente año, su beneficio y gasto compartido se basa en el año en el que fue internado.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</b></p> <p>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 (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios del médico</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio).</li> <li>• Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos.</li> <li>• Apósitos quirúrgicos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para sanar fracturas y luxaciones.</li> </ul>	<p>Consulte el beneficio en esta tabla para entender su parte del costo por los servicios recibidos durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Servicios de médicos/ proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico”.</li> <li>• “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias”.</li> </ul>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos.</li> <li>• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente.</li> <li>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados”.</li> <li>• “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”.</li> </ul> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Beneficio de alimentos (Suplementario)*</b></p> <p>Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio para usted si tiene ciertas afecciones crónicas.</p> <p>Este beneficio proporciona 2 comidas al día durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas y hasta 56 comidas por año calendario.</p> <p>Su administrador de casos ordenará sus comidas y se las entregará en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días hábiles) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de las fechas de entrega.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p> <b>Terapia de nutrición médica*</b></p> <p>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.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de 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 calendario.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>
<p> <b>Programa de prevención de diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)*</b></p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare</b></p> <p>Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria.</li> <li>• Insulina suministrada través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria).</li> <li>• Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan.</li> </ul>	<p>Usted paga de \$0 al 20% del costo para cada medicamento recetado de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted puede pagar un costo compartido por la administración de ese medicamento dependiendo de dónde reciba los servicios de administración de medicamentos o de infusión.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de la medicación, es posible que necesite escaneos y exámenes adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos totales. Hable con su médico sobre los escaneos y exámenes que puede necesitar como parte de su tratamiento.</li> <li>• Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia.</li> <li>• Trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.</li> <li>• 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 posmenopáusia y no se puede autoadministrar el medicamento.</li> <li>• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.</li> <li>• Ciertos fármacos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco del medicamento inyectable (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace.</li> <li>• Medicamentos orales contra la náusea: Medicare cubre los medicamentos orales contra la náusea que utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra la náusea por vía intravenosa.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales para la Insuficiencia Renal Terminal (IRT) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y los beneficios de la Parte B para la IRT lo cubren.</li> </ul>	<p>Su costo compartido de insulina no excederá los \$35 por un suministro de un mes de cualquier insulina de nuestro formulario.</p> <p>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia progresiva.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Medicamentos Recetados de la Parte B de Medicare (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento por vía oral Sensipar.</li> <li>• Determinados fármacos para la diálisis domiciliaria, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos</li> <li>• Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones <i>[los planes pueden eliminar cualquiera de los siguientes medicamentos que no están cubiertos bajo el plan]</i> (como Epogen, Procrit, Retacrit, Epoetin Alfa, Aranesp, Darbepoetin Alfa, Mircera o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta).</li> <li>• Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.</li> <li>• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)</li> </ul> <p>También cubrimos otras vacunas bajo nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p>En algunos casos, requerimos que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la afección, pero el Medicamento A cuesta menos, es posible que deba probar primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona, le cubriremos el medicamento B. Puede obtener más información sobre cómo determinamos si la terapia progresiva es necesaria en <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</p>	

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Tarjeta MyChoice</b></p> <p>La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito de beneficios prepagados que puede usarse para pagar ciertos beneficios suplementarios del plan, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de venta libre.</li> <li>• Servicios de transporte</li> <li>• Alimentos y productos agrícolas*.</li> </ul> <p>* Se aplican requisitos de elegibilidad.</p> <p>La tarjeta de débito prepagada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los fondos se cargan a la tarjeta en cada mes. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de su fecha de vigencia de la cancelación.</p> <p>Las asignaciones para tarjetas MyChoice solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo.</p> <p>Para obtener más información sobre su beneficio de OTC o sobre cómo calificar para Alimentos y productos agrícolas de los Beneficios Suplementarios Especiales para Enfermedades Crónicas (SSBCI), llame Servicios para Miembros de Molina Medicare Choice Care (HMO). A fin de acceder a las asignaciones para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), los miembros deben tener una afección crónica que califique; contar con una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) válida completada para su inscripción actual en Molina Medicare Choice Care (HMO).</p>	<p>No se aplica coseguro ni copago a su tarjeta MyChoice.</p>
<p> <b>Examen preventivo de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso prolongada*</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento 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.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de programas para tratamiento de opioides</b></p> <p>Los miembros de nuestro plan que sufren de trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento asistido por medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU.</li> <li>• Distribución y administración de medicamentos MAT (si corresponde).</li> <li>• Asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias.</li> <li>• Terapia individual y grupal.</li> <li>• Pruebas de toxicología.</li> <li>• Actividades de ingesta.</li> <li>• Pruebas periódicas.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por servicios brindados por el programa de tratamiento de opioides ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p>Usted puede pagar un costo compartido por los medicamentos del tratamiento de opioides y la dispensación y administración de dichos medicamentos.</p> <p><b>No se requiere autorización previa para los servicios ambulatorios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare, pero esta podría ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento del uso de opioides.</b></p>
<p><b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías</li> <li>• Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos.</li> <li>• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para sanar fracturas y luxaciones.</li> <li>• Análisis de laboratorio</li> <li>• Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera.</li> <li>• Otras pruebas diagnósticas ambulatorias: servicios de diagnóstico no radiológicos como electrocardiogramas, electroencefalogramas, pruebas de función pulmonar, estudios del sueño y pruebas de esfuerzo en la cinta motorizada.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 de copago a 20% del costo por procedimientos/ pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. \$0 de copago por servicios realizados en el consultorio de un médico o en un centro independiente. 20% del costo por servicios realizados en un centro.</p> <p>Usted paga de \$0 a \$225 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico para pacientes ambulatorios. \$0 por servicios realizados en el consultorio de un médico. \$125</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios radiológicos diagnósticos (tanto complejos como no complejos) tales como exámenes especializados, TC, SPECT, PET, MRI, MRA, estudios nucleares, ultrasonidos, mamografías diagnósticas y procedimientos radiológicos intervencionistas (mielografía, cistograma, angiograma y estudios de bario).</li> </ul>	<p>por servicios realizados en centros independientes. \$225 por servicios realizados en centros.</p> <p>Usted paga de \$0 a 20% del costo por servicios radiológicos terapéuticos para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 por servicios realizados en el consultorio de un médico o en un centro independiente. 20% por servicios realizados en un centro.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por servicios de radiografías para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p> <p><b>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.</b></p> <p><b>Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. 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.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>Paga \$325 de copago cada vez que requiera servicios hospitalarios de observación ambulatorios.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios hospitalarios ambulatorios</b></p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria.</li> <li>• Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<p>Paga de \$0 a \$500 de copago por cada cirugía ambulatoria cubierta, incluidos, entre otros, los cargos de hospital u otro centro y los cargos médicos o quirúrgicos. \$0 de copago para colonoscopia y \$500 de copago para todos los demás eventos quirúrgicos.</p> <p>Los servicios hospitalarios ambulatorios están cubiertos bajo otros beneficios en esta tabla. Consulte estos y otros beneficios</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios hospitalarios ambulatorios (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital.</li> <li>• Suministros médicos, como férulas y yesos.</li> <li>• Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> A menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. 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.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada <i>¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en la Web en <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>cuando se ofrece atención en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “Atención de emergencia”.</li> <li>• “Cobertura internacional de emergencia/urgencia”.</li> <li>• “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias”.</li> <li>• “Cirugías ambulatorias provistas en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios”.</li> <li>• “Hospitalización parcial”.</li> </ul> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p> <p>No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.</p> <p>Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.</p>
<p><b>Atención médica de salud mental ambulatoria</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT), enfermero practicante (Nurse Practitioners, NP), asistente médico (Physician Assistant, PA) u otro proveedor</p>	<p>Usted pagará \$45 cada vez que necesite atención de salud mental y servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios por personal no médico, incluyendo el control de la terapia con medicamentos y las visitas de terapia individual o grupal.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención médica de salud mental ambulatoria (Continuación)</b></p> <p>de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes aplicables del estado.</p> <p>Su cobertura de salud mental para pacientes ambulatorios de Medicare incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de detección de depresión cada año calendario. El examen de detección debe realizarse en el consultorio de un médico de atención primaria o una clínica de atención primaria que pueda proporcionar tratamientos de seguimiento y remisiones.</li> <li>• Psicoterapia individual y grupal con médicos o ciertos profesionales licenciados permitidos por el estado donde usted recibe los servicios.</li> <li>• Asesoría familiar, si el propósito principal es ayudarlo con su tratamiento.</li> <li>• Pruebas para ayudar a determinar si usted está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando.</li> <li>• Evaluación psiquiátrica.</li> <li>• Administración de medicamentos.</li> </ul>	<p>Consulte “Examen de detección de depresión” en esta tabla para su examen de detección anual de depresión.</p> <p>Consulte “Hospitalización parcial” en esta tabla si necesita este tratamiento de salud mental ambulatorio cubierto por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>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 integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF).</p>	<p>Usted paga \$30 por cada terapia física (PT) ambulatoria médicamente necesaria, terapia ocupacional (OT), o visita al fonaudiólogo (SP).</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b></p> <p>Cubrimos atención médica ambulatoria para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de medicamentos farmacéuticos.</p> <p>Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos así como también asesoramiento tradicional.</p>	<p>Usted paga \$40 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada consulta de terapia individual o grupal ambulatoria cubierta por Medicare.</li> <li>• Cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.</li> </ul>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<b>Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (Continuación)</b>	<b>Puede que se requiera autorización previa.</b>
<p><b>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</b></p> <p><b>Nota:</b> 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 hospitalizarle, 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 le considere un paciente ambulatorio.</p>	<p>Paga de \$0 a \$500 de copago por cada cirugía ambulatoria cubierta, incluidos, entre otros, los cargos de hospital u otro centro y los cargos médicos o quirúrgicos. \$0 de copago para colonoscopia y \$500 de copago para todos los demás eventos quirúrgicos.</p> <p>Usted paga de \$0 a \$250 de copago por cada cirugía ambulatoria cubierta en centros de cirugía ambulatoria. \$0 de copago para colonoscopia y \$250 de copago para todos los demás eventos quirúrgicos.</p> <p>El costo compartido adicional se aplica para medicamentos recetados de Medicare Parte B (como quimioterapia), pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio o radiografías que recibe durante una visita a un hospital ambulatorio o a un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Consulte “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” y “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias” en esta tabla.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria (Continuación)</b></p>	<p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Elementos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (suplementario)*</b></p> <p>Usted obtiene \$50 cada mes para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice. Esta asignación mensual se comparte con la asignación para servicios de transporte que no sea de emergencia (suplementarios). Puede utilizar esta asignación para artículos OTC o Servicios de transporte, o bien una combinación de ambos con su tarjeta Healthy You.</p> <p>Si no utiliza toda la asignación mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente mes.</p> <p>Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta médica como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío, y vendas.</p> <p>Puede hacer su pedido:  En línea: visite <a href="http://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a>  Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año.  Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos.  A través de las tiendas minoristas participantes.</p> <p>Consulte su Catálogo de productos OTC de 2025 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de apoyo de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de productos OTC de 2025.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro i copago si usa su tarjeta MyChoice.</p> <p>Los \$50 que obtiene cada mes caducan al final del mes. No se transfiere al siguiente período mensual, así que asegúrese de gastar cualquier monto no utilizado antes de que finalice el mes.</p> <p>Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima mensual.</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</b></p> <p><i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la internación en el hospital.</p>	<p>Usted paga \$70 por cada día que califique para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (Continuación)</b></p> <p><i>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente cualificado o una clínica de salud rural, el cual es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico o terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT), o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</i></p> <p>Este tratamiento se administra durante el día en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro comunitario de salud mental y no requiere que se quede a pasar la noche.</p> <p>Debe cumplir con ciertos requisitos para calificar para cobertura y su médico debe certificar que usted de lo contrario necesita tratamiento como paciente hospitalizado.</p>	
<p><b>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar.</li> <li>• Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista</li> <li>• Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico los indica para determinar si requiere tratamiento médico.</li> <li>• Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de atención médica primaria. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Para encontrar un proveedor de la red, visite nuestro sitio web en <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</li> <li>◦ Las consultas médicas virtuales son consultas médicas ofrecidas fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Usted paga \$0 para consultas de atención primaria.</p> <p>Usted paga \$40 para las consultas al especialista.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios adicionales de telesalud proporcionados por un proveedor de la red que actualmente ofrece los servicios a través de telesalud.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Nota: No todas las enfermedades se pueden tratar a través de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento.</li> <li>• Algunos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.</li> <li>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. Puede que se requiera autorización previa.</li> <li>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. Puede que se requiera autorización previa.</li> <li>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. Puede que se requiera autorización previa.</li> <li>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Asiste a una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud.</li> <li>◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.</li> <li>◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias.</li> </ul> </li> <li>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal.</li> <li>• Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, <b><u>si se cumplen las siguientes condiciones:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ no es un paciente nuevo y</li> <li>◦ la revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y</li> </ul> </li> </ul>	

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ la revisión no deriva en una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible</li> <li>• Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas <b>en los siguientes casos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ no es un paciente nuevo y</li> <li>◦ la evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y</li> <li>◦ la evaluación no deriva una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.</li> </ul> </li> <li>• Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por Internet o a los registros electrónicos de salud.</li> <li>• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li> <li>• Cuidado dental no rutinario (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 si son provistos por un médico). Puede que se requiera autorización previa.</li> <li>• Servicios de monitoreo en el consultorio de un médico o en un hospital para pacientes ambulatorios si usted está tomando medicamentos anticoagulantes, como Coumadin, Heparin o Warfarin.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología (cubiertos por Medicare)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón).</li> <li>• Cuidados de los pies de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por cada consulta podiátrica cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata*</b></p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectal.</li> </ul>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
 <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata* (Continuación)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).</li> </ul>	
<p><b>Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados</b></p> <p>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, el examen, el ajuste o la instrucción en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación y/o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte <b>Cuidado para la vista</b> más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>Usted paga el 20% del costo por cada dispositivo ortopédico u ortótico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o reparación de dichos dispositivos y los suministros relacionados.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga \$15 por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
 <b>Examen preventivo y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol*</b> <p>Cubrimos exámenes preventivos para adultos por consumo inadecuado de alcohol con Medicare (incluidas embarazadas) que consumen alcohol de forma inadecuada, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si está apto y alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p> <b>Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)*</b></p> <p>Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p><b>Los miembros elegibles son:</b> personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una 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.</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después del examen preventivo mediante LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o proveedor 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.</p>	<p>No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.</p>
<p> <b>Examen preventivo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas*</b></p> <p>Cubrimos exámenes de detección para enfermedades de transmisión sexual (ETS): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de ETS 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.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de ETS. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de ETS cubiertos por Medicare.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra fuera del área de servicio de manera provisional, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional).</li> <li>• Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales).</li> <li>• Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio).</li> <li>• Equipos y suministros para diálisis en el domicilio.</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua).</li> </ul> <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.</p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Usted paga un coseguro del 20% por diálisis renal y servicios y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p> <p>(La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> </ul>	<p>Por cada período de beneficio usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- \$0 para los días 1 a 20</li> <li>- \$200 para los días 21 a 100</li> </ul> <p>La forma en que Original Medicare mide el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</li> <li>• Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que se encuentran de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación).</li> <li>• Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza a regir a partir de las primeras tres pintas de sangre que usted requiera.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Análisis de laboratorio normalmente provistas por los SNF.</li> <li>• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF.</li> <li>• Servicios de médicos/proveedores médicos.</li> </ul> <p>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 sumas de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar para personas mayores o una comunidad de jubilados de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada).</li> <li>• Un SNF donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital.</li> </ul>	<p>enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un período de beneficio comienza el día que usted ingresa a un hospital o a un SNF como paciente interno. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención para pacientes internados (o hasta 100 días de atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<p> <b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)*</b></p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> 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 presenciales.</p> <p><u>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:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (suplementarios)*</b></p> <p>Si quiere dejar de fumar debe hablar con su médico de atención primaria o llamar al Departamento de Educación para la Salud. Además de la cobertura ofrecida bajo el beneficio para dejar de fumar y de usar tabaco de Medicare, el plan cubre 8 servicios de asesoramiento adicional cada año calendario para ayudar a dejar de fumar o usar productos de tabaco. Usted debe agotar su beneficio para dejar de fumar cubierto por Medicare antes de que el plan pague por la cobertura de este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$0 por estos servicios.</p>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas</b></p> <p>Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para acceder a beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Deberá presentar un formulario de Evaluación de Riesgos de la Salud cada año que identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso al beneficio suplementario especial que se menciona a continuación. Su elegibilidad será revisada anualmente y es posible que se requiera autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.</li> <li>• Trastornos autoinmunitarios.</li> <li>• Cáncer.</li> </ul>	<p>No se aplica ningún coseguro ni copago si usa su tarjeta MyChoice.</p> <p>Es posible que se requiera la participación en un programa de administración de cuidados.</p> <p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Continuación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos cardiovasculares.</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica.</li> <li>• Demencia.</li> <li>• Diabetes.</li> <li>• Enfermedad hepática en etapa terminal.</li> <li>• Insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD).</li> <li>• Trastornos hematológicos graves.</li> <li>• VIH/SIDA.</li> <li>• Trastornos pulmonares crónicos.</li> <li>• Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.</li> <li>• Trastornos neurológicos.</li> <li>• Accidente cerebrovascular.</li> </ul> <p>Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar a Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional.</p> <p>Nota: al solicitar este beneficio, autoriza a los representantes de Molina Medicare Choice Care (HMO) a comunicarse con usted por teléfono, correo postal o cualquier otro método de comunicación, como se indica expresamente en su solicitud. Una vez aprobada, su tarjeta precargada MyChoice podrá ser automáticamente cargada con un máximo de \$35 por mes al mes para utilizarlos en Alimentos y productos agrícolas, en función de su elegibilidad. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente.</p> <p>Puede utilizar la asignación de su tarjeta MyChoice para comprar una variedad de productos alimenticios saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en <a href="http://Members.NationsBenefits.com/Molina">Members.NationsBenefits.com/Molina</a>.</p>	
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)</b></p> <p>La SET está cubierta para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (Peripheral Artery Disease, PAD).</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de SET.</p>	<p>Usted paga \$20 por visitas de Terapia de Ejercicio Supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) cubiertas por Medicare.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) (Continuación)</b></p> <p>El programa de SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación.</li> <li>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.</li> <li>• Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para la PAD.</li> <li>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas.</li> </ul> <p>La SET puede tener cobertura que supere las 36 sesiones en un período de más de 12 semanas con 36 sesiones adicionales en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.</p>	<p><b>Puede que se requiera autorización previa.</b></p>
<p><b>Transporte no de emergencia (suplementario)*</b></p> <p>Tiene \$50 por mes para gastar en transporte hacia un lugar relacionado con la salud a su discreción en la tarjeta MyChoice. Este monto no corresponde a un número fijo de “viajes”, pero se puede utilizar para comprar transporte que no sea de emergencia para el límite del beneficio. Este monto se combina con la asignación mensual de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC). Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente período de beneficios. Puede utilizar su tarjeta MyChoice precargada para comprar viajes en aplicaciones de transporte de pasajeros, servicios de taxi u otras formas de transporte que no sean de emergencia, como pases de autobús, tarjetas de tren u otras formas de transporte público. Se recomienda a los miembros maximizar la cantidad de traslados disponibles a través de esta asignación. Para los destinos solicitados con frecuencia, como centros de diálisis o centros de fisioterapia, comuníquese directamente con el centro en cuestión para consultar si hay algún transporte más económico disponible antes de programar otro tipo de servicio de transporte de pasajeros.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago o deducible si usa su tarjeta MyChoice.</p> <p>Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual.</p> <p>Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.</p> <p>Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Consulte la sección “Servicios de Ambulancia” en esta tabla para obtener más información sobre el transporte de emergencia.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Servicios requeridos urgentemente</b></p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una urgencia es un servicio requerido urgentemente si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, y no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Su plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y cobrarle solo los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Sin embargo, las consultas rutinarias a un proveedor médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.</p>	<p>Usted paga \$25 de copago por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Su costo compartido es el mismo para servicios de atención urgente fuera o dentro de la red.</p>
<p> <b>Cuidado para la vista (cubierto por Medicare)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.</li> <li>• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que presentan un alto riesgo de sufrir glaucoma, se incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más.</li> <li>• Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.</li> <li>• 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).</li> </ul>	<p>Usted paga \$0 por el cuidado para la vista, como exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga el 20% del costo de los anteojos o lentes correctivos cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios. Como después de una cirugía de cataratas.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cuidado para la vista (suplementario)*</b></p> <p>¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades para la vista de rutina!</p> <p>Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros:</p> <p>La cobertura incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista rutinario cada año calendario.</li> <li>• Una asignación para elementos para la vista.</li> </ul> <p>Puede usar su asignación de \$200 para artículos ópticos para comprar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes de contacto*.</li> <li>• Anteojos (lentes y armazones).</li> <li>• Lentes o armazones de anteojos.</li> <li>• Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos).</li> </ul> <p>*Si elige lentes de contacto, su asignación para artículos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos ópticos del plan.</p> <p>\$0 de copago por hasta un examen de la vista de rutina (y refracción) para lentes cada año calendario.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro ni copago a este beneficio.</p>
<p> <b>Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare*</b></p> <p>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.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> 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 desea programar una <i>consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>

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

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios</b>
<p><b>Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria)*</b></p> <p>Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta \$10,000 cada año calendario para atención de emergencia/cuidado urgente a nivel internacional fuera de Estados Unidos (EE. UU.).</p> <p>Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia o urgente si la atención se hubiera proporcionado en EE. UU.</p> <p>La cobertura internacional incluye atención de emergencia o de urgencia, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización.</p> <p>Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud.</p> <p>Cuando estas situaciones ocurren, pedimos que usted o alguien que lo cuida a usted nos llame. Intentaremos que sus proveedores de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su afección médica y las circunstancias lo permitan.</p> <p>El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos.</p> <p>Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo, entre otros, la conversión de moneda o los cargos por transacción) no están cubiertos.</p> <p>EE. UU. cubre los 50 estados, Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.</p>	<p>Usted paga \$0 por este beneficio.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta. O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red.</p> <p>Su costo es el costo compartido más alto que usted pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan.</p> <p>Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de los EE. UU.</p> <p>Se aplica un máximo del plan de \$10,000 cada año calendario para este beneficio.</p>

**SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que no cubrimos (exclusiones)**

En esta sección, se describen los beneficios excluidos de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto y que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

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

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. La única excepción se aplica si se realiza una apelación sobre el servicio y, tras la apelación, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación cuando determinamos que no nos corresponde cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 5.3, de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición.	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p>*Cuidados de custodia. 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.</p>	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</li> </ul> <p>(Lea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).</p>
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición.	Cubiertos solo bajo condiciones específicas
básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.		
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en su costo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.</li> </ul>
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	
Sala privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo cubierta cuando es médicamente necesaria</li> </ul>
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	
Exámenes de la vista rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		Se cubre el examen de los ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que hayan atravesado una cirugía de cataratas.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	<b>No cubiertos bajo ninguna condición.</b>	

\*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:

*Uso de la cobertura del plan para  
medicamentos recetados de la Parte D*

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D****SECCIÓN 1 Introducción**

Este capítulo describe **las reglas para la utilización de su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos paliativos.

**Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D**

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- La persona que emita la receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Impedimento de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta los medicamentos recetados 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 en forma abreviada Lista de Medicamentos). (Lea la Sección 3 de este capítulo).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinadas fuentes. (Consulte la Sección 3 en este capítulo para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información sobre restricciones a su cobertura).

**SECCIÓN 2 Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan****Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (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 que tiene un contrato con el plan para proveer sus medicamentos recetados cubiertos. El término medicamentos cubiertos comprende todos los medicamentos recetados de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos del plan.

**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web ([MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)) o llamar a Servicios para Miembros.

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

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D****¿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 a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o utilizar el Directorio de farmacias. También puede obtener esta información si ingresa a nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare).

**¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?**

Algunas recetas se deben surtir 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 (Long Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC, (como una residencia para personas mayores) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias de Servicios de Salud para Indígenas Americanos o del Programa de salud tribal/indígena/urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en casos de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o nativos de Alaska tendrán acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: estos casos suceden con muy poca frecuencia).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

**Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los servicios de pedidos por correo de la red del plan. En general, los medicamentos provistos a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” para indicar que no pertenecen a pedidos por correo en nuestra lista de medicamentos.

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

Para obtener 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 están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://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 en la contraportada de este cuadernillo) para obtener ayuda con la recepción de un suministro provisional de su receta.

**Recetas médicas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.** Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, lo contactará para ver si desea que se suministre el medicamento inmediatamente o con posterioridad. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, retrasar o suspender la nueva receta médica.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

**Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo.** 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 comunicará con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar las renovaciones programadas si todavía tiene una cantidad suficiente de medicamento o si se lo cambiaron. Si elige no utilizar nuestro programa de renovación automática, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se venza su receta médica actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo. Para cancelar su inscripción a nuestro programa que prepara las renovaciones por correo de manera automática, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare).

Si recibe automáticamente una renovación por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

**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, por una afección médica crónica o prolongada).

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles farmacias dentro de la red le pueden entregar un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

**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 ayudarle, ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Le pedimos que primero se comunique con Servicios para Miembros** a fin de que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. 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.

Estos son los casos en que podemos cubrir medicamentos recetados adquiridos en una farmacia fuera de la red:

- Si la receta médica está relacionada con una atención médica requerida urgentemente.
- Si estas recetas médicas están relacionadas con el cuidado en caso de una emergencia médica.
- La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para un periodo menor.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

---

**¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?**

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

---

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

---

<b>Sección 3.1 La Lista de Medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos</b>
---

El plan tiene 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 cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellos cubiertos por Medicare Parte D.

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

- la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó para el diagnóstico o la afección para los que se recetó; o
- cuenta con el apoyo de determinadas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos productos biológicos (que pueden incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, cuando hacemos referencia a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca y los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca. Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D****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 de la misma manera. Para recibir más información, llame a Servicios para Miembros.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

**Sección 3.2 Hay seis (6) categorías de distribución de costos para los medicamentos en la Lista de Medicamentos.**

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de las categorías de distribución de costos seis (6). En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor es el costo que usted paga por el medicamento:

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (distribución de costos más baja)
- Categoría 2: Genéricos
- Categoría 3: Marca preferida
- Categoría 4: Medicamento no preferido
- Categoría 5: Medicamentos especializados (parte del costo más elevada)
- Categoría 6: Medicamentos de Atención Selecta (parte del costo más baja)

Para conocer en qué categoría de distribución de costos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de Medicamentos del plan.

La suma que usted paga por los medicamentos en cada categoría de distribución de costos 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 cuatro (4) maneras de verificar esto:

1. Consulte la lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan ([MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare)). La Lista de Medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con Servicios para Miembros para verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

4. Utilizar la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan ([Caremark.com](http://Caremark.com) o llamar a Servicios para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección.

---

**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 doctores y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz.

Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la lista de medicamentos. Si 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.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o distribución de costos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).

**Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?**

En las siguientes secciones, se incluye más información sobre los tipos de restricciones que establecemos para ciertos medicamentos.

**Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento.** Comuníquese con Servicios para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que no le apliquemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o no aceptar no aplicarle la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

- Límites de cantidad: podemos restringir la cantidad de recetas según la seguridad y la eficiencia.
- Autorización previa: el plan puede utilizar estos requisitos de aprobación previa para asegurar que el medicamento se esté utilizando de forma adecuada para tratar sus necesidades de salud.
- Terapia escalonada: podemos requerir que intente con otros medicamentos antes de recibir el medicamento solicitado.
- B o D: algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

**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**. Esto se aplica para garantizar la seguridad de

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

**Probar primero un medicamento diferente**

De acuerdo con este requisito, se 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 tratan la misma afección médica, y el medicamento A cuesta menos, el plan puede solicitarle que primero intente usar el medicamento A. 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, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo 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 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría que le estuviera?**


---

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

Hay veces en las que hay un medicamento recetado que toma, o un medicamento que usted o su proveedor considera que debe tomar, que no se encuentra 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.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de distribución de costos que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.

Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto.

- **Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de Medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.**
- **Si el medicamento que utiliza se incluye en una categoría de distribución de costos y el costo que usted debe pagar es mayor al que considera correcto, lea 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 utiliza no está en la Lista de Medicamentos o existen restricciones, tendrá las siguientes opciones:

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

**Puede obtener un suministro provisional**

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio.

Para poder optar a un suministro provisional, el medicamento que esté tomando **ya no debe figurar en la Lista de Medicamentos del plan O estar restringido de alguna manera.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- El suministro provisional será por un máximo de 31 días, según el incremento de dispensación. Si su receta médica está escrita por menos días, entregaremos varias renovaciones para proporcionar hasta un suministro máximo de 31 días de medicamentos. El medicamento recetado debe ser adquirido en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios).
- **Para miembros que están en el plan durante más de 90 días, residen en un centro de cuidados prolongados y necesitan un suministro inmediatamente:**

Cubriremos un suministro de emergencia por 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta médica es por menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.

- Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) 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), cubrimos 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. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para una adquisición de medicamentos provisional por única vez, 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 de la “Parte D” y que 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 fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame a Servicios para Miembros.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

**Durante el período en el que usted usa un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado el suministro provisional. Tiene dos opciones:**

**1) Puede cambiar a otro medicamento.**

Hable con su proveedor para ver si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de Medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

**2) Puede solicitar una excepción.**

**Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción para que se cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto.** Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este puede asistirlo para solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos del plan. O puede solicitar al plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el año siguiente, le haremos saber cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del recetador). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder.** Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

<b>Sección 5.3</b>	<b>¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta?</b>
--------------------	---

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

**Puede cambiar a otro medicamento**

Si su medicamento está en una categoría de distribución de costos que considera muy alta, comience por hablar con el proveedor. Tal vez haya otro medicamento en una categoría de distribución de costos menor con el mismo mecanismo de acción. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

**Usted puede solicitar una excepción**

**Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de distribución de costos del medicamento para que la suma 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 asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder.** En este, se explican los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

Los medicamentos de nuestra categoría cinco (5), Categoría de medicamentos especializados, no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la suma de distribución de costos para medicamentos en esta categoría.

## **SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted 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 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunas modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Añadir o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Transferir un medicamento en una categoría de distribución de costos mayor o menor.**
- **Añadir o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos analizados en este capítulo.

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

#### **Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando ocurren cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos introducir en la Lista de Medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se introducen cambios en un medicamento que está tomando.

#### **Cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos que lo afectan durante este año del plan**

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de Medicamentos** [*Plans that inserted the section on Advance General Notice for immediate substitutions insert: con previo aviso*].
  - Al añadir otra versión de un medicamento a la Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de Medicamentos, moverlo a una categoría de costos compartidos diferente, añadir nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y [*Plans that do not use tiers may omit “en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y”*] con las mismas o menos restricciones.
  - Solo realizaremos estos cambios si estamos añadiendo una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de Medicamentos.

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

---

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan's one-month supply)]* días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado de la Lista de Medicamentos.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias en caja de la FDA o en las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de *[insert supply limit (must be at least the number of days in the plan's one-month supply)]* días del medicamento que está tomando. Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, hable con su recetador sobre las opciones que más le convendrían, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su enfermedad, o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer las nuevas restricciones del medicamento que está tomando. Usted o su recetador pueden solicitarnos una excepción para que continuemos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

**Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año en curso del plan**

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si sigue en el mismo plan.

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

- Movemos el medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no observará ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales sobre su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

---

## **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.

Si usted adquiere medicamentos excluidos, deberá pagar por ellos usted mismo. Si usted apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* cuando el uso de un medicamento no está avalado por ciertas fuentes, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El uso *fuera de lo indicado* se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Administración de Medicamentos y Alimentos.

Asimismo, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare:

- Medicamentos no recetados (también llamados de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.
- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o 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 Cómo surtir una receta médica**

---

### **Sección 8.1 Proporcione su información de membresía**

Si desea surtir su receta médica, proporcione la información de su membresía del plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará de modo automático al

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

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

Si no tiene la información de membresía del plan con usted cuando surte su receta médica, usted o la farmacia puede llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es probable que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 7, Sección 2 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 está internado en un hospital o un centro de cuidados especializados 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 cuidados especializados, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

**Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted está internado en un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

Por lo general, un centro de cuidados prolongados (LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que utiliza, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

**¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados prolongados (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?**

Consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre un suministro provisional o de emergencia.

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

Si en la actualidad tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja doméstica) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**. Le puede ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo pagará primero.

**Nota especial sobre cobertura válida:**

Cada año su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es válida.

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

**Conserve estos avisos sobre la cobertura válida**, ya que podría necesitarlos después. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o al sindicato.

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

Los centros de cuidado paliativo y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en un centro de cuidado paliativo de Medicare y requiere determinados medicamento (p. ej., medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no se encuentran cubiertos por su centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidado paliativo de que el medicamento no está relacionado con su afección antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidado paliativo o al recetador que le proporcione una notificación antes de que se surta su receta médica.

En el caso de que renuncie a su elección de cuidado paliativo o sea dado de alta del centro de cuidado paliativo, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

---

**SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos**

---

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

Realizamos revisiones de utilización de medicamentos para nuestros miembros para asegurarles de que están recibiendo atención médica segura y correcta.

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 un medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que posiblemente no sean seguros o correctos por su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden ser peligrosas para usted si se toman en forma simultánea.
- Recetas médicas por medicamentos que contienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que usted está tomando.
- Cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

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

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

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que nuestros miembros usen de forma segura los opioides con receta médica y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus recetadores para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus recetadores, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o de benzodiazepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepina de un recetador en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará que vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un recetador o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué recetadores o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si

**Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**

decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y su recetador tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo asignaremos a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo cuidados paliativos o terminal, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

**Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos**

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM).

Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden un costo específico o quienes son parte de un DMP en el que se ayuda a los miembros a consumir opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si cumple los requisitos para participar en un programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá qué medicamentos está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (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 a usted en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

# CAPÍTULO 6:

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

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

---

**¿Usted actualmente recibe asistencia económica para la compra de sus medicamentos?**

Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **alguna parte de la información en esta Evidencia de la cobertura sobre costos de medicamentos recetados Parte D no sea aplicable a su caso.** Le hemos enviado un anexo, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Extra (Extra Help)” para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]*), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida su *Cláusula Adicional LIS*.

---

**SECCIÓN 1 Introducción**

---

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

En este capítulo, se detalla lo que usted debe pagar por 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 explicamos en el Capítulo 5, no todos los medicamentos corresponden a la Parte D; algunos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (vea el Capítulo 3, Sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que tendrá que pagar. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros.

**Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos**

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos Parte D. La suma que usted paga por el medicamento se llama **distribución de costos** y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El **deducible** es el monto que usted paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

**Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo**

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de bolsillo y lo que *no*. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

---

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

---

**Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo**

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

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

**Es importante quién paga:**

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si **ciertas personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica que esté autorizado por Medicare o por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos. Los pagos efectuados mediante el programa “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.

**Pasar a la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

---

**Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo**

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

- 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, incluso 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 por sus medicamentos que realiza la Veterans Health Administration (Administración de Salud para Veteranos, VA).
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización al trabajador).
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos en el marco del Programa de Descuentos de los Fabricantes.

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

*Recuerde:* Si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga una parte o el total de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000, en este informe, se le indicará que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se especifica lo que usted puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que usted ha gastado en forma completa y actualizada.

---

**SECCIÓN 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**


---

<b>Sección 2.1</b>	<b>¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Choice Care (HMO)?</b>
--------------------	---

Existen tres **etapas de pagos de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados conforme a Molina Medicare Choice Care (HMO). Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene un medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

**Etapa 1: Etapa de Deducible Anual**

**Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**

**Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica**

---

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


---

<b>Sección 3.1</b>	<b>Enviamos un resumen mensual llamado <i>Descripción de Beneficios de la Parte D (la EOB de la Parte D)</i></b>
--------------------	--

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:

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

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama el **costo de su bolsillo**. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado por “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud para Indígenas, programas de asistencia de medicamentos contra el AIDS, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Llevamos el control del **costo total de sus medicamentos**. Esto es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** 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 costo total por medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el costo total por medicamentos y la información sobre los aumentos en el precio desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada pedido de receta médica, si corresponde.

### 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 registros brindados por las farmacias. Usted nos puede ayudar a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Exhiba su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas médicas que surte y cuánto está pagando.
- Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos las copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe proporcionarnos copias de sus recibos médicos:**
- 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.

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

- 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.
- Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos efectuados por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de asistencia farmacéutica contra el AIDS (AIDS drug assistance program Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una *EOB de la Parte D*, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Los miembros del plan pueden acceder a sus EOB en línea en [Caremark.com](http://Caremark.com). Asegúrese de conservar estos informes.

### SECCIÓN 4 No hay deducible para Molina Medicare Choice Care (HMO)

No hay deducible para Molina Medicare Choice Care (HMO). Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surta la primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en 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 copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiriera.

#### El plan establece seis (6) categorías de costos compartidos

Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de las seis (6) categorías de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea la categoría de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría 1: Genéricos preferidos
- Categoría 2: genéricos
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: categoría de medicamentos especializados (costo compartido más elevado)
- Categoría 6: Medicamentos de Atención Selecta (parte del costo más baja)

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

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

**Sus opciones de farmacia**

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

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

Si desea obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* del plan.

**Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un 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. Como se muestra en la siguiente tabla, la suma del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido. En algunas ocasiones, el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

<b>Categoría</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta <b>31</b> días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (un suministro de hasta <b>31</b> días)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b> (un suministro de hasta <b>31</b> días)	<b>Costo compartido fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro de hasta <b>31</b> días)
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (Genéricos preferidos)	\$3 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago	\$3 de copago
<b>Categoría 2 de costos compartidos</b> (Genéricos)	\$12 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago
<b>Nivel 3 de costos compartidos</b> (Medicamentos de marca preferidos)	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago

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

<b>Categoría</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)</b> (un suministro de hasta <b>31</b> días)	<b>Costo compartido de pedido por correo</b> (un suministro de hasta <b>31</b> días)	<b>Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)</b> (un suministro de hasta <b>31</b> días)	<b>Costo compartido fuera de la red</b> (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro de hasta <b>31</b> días)
<b>Nivel 4 de costos compartidos</b> (Medicamento no preferido)	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
<b>Nivel 5 de costos compartidos</b> (Categoría de medicamentos especializados)	33% del costo	33% del costo	33% del costo	33% del costo
<b>Nivel 6 de costos compartidos</b> (Medicamentos de Atención Selecta)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Costos compartidos Insulinas seleccionadas</b>	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

<b>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</b>
---

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su doctor deseen contar con el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su doctor que recete, y a su farmacéutico que suministre, una cantidad menor al suministro del medicamento para todo el mes, en caso de que esto le ayude a planificar las fechas de renovación para las diferentes recetas médicas.

Si recibe una cantidad menor al suministro para todo un mes de un determinado medicamento, no deberá pagar por el suministro de un mes completo.

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

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

<b>Sección 5.4</b>	<b>Tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 100 días) de un medicamento</b>
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de 100 días de un medicamento.

- En algunas ocasiones, el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

<b>Categoría</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)</b>	<b>Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)</b>
<b>Nivel 1 de costos compartidos</b> (Genéricos preferidos)	\$9 de copago	\$6 de copago
<b>Categoría 2 de costos compartidos</b> (Genéricos)	\$36 de copago	\$24 de copago
<b>Nivel 3 de costos compartidos</b> (Medicamentos de marca preferidos)	\$141 de copago	\$94 de copago
<b>Nivel 4 de costos compartidos</b> (Medicamento no preferido)	\$300 de copago	\$300 de copago
<b>Nivel 5 de costos compartidos</b> (Categoría de medicamentos especializados)	Para los medicamentos de nivel cinco (5), no está disponible un suministro a largo plazo.	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe el servicio de pedido por correo.
<b>Nivel 6 de costos compartidos</b> (Medicamentos de Atención Selecta)	\$0 de copago	\$0 de copago

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

<b>Categoría</b>	<b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 100 días)</b>	<b>Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 100 días)</b>
<b>Costos compartidos Insulinas seleccionadas</b>	\$105 de copago	\$94 de copago

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

**Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos de bolsillo anuales alcanzan los \$2,000**

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de su bolsillo alcancen los **\$\$2,000**. Luego pasa a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.

La Descripción de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibió lo ayudará a mantener un registro de lo que usted, el plan y, también, terceros, han pagado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Le informaremos si alcanza este monto de \$2,000. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo.

**SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D**

Ingresa en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de \$2,000 en el Año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

**SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra**

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de Medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de Medicamentos de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

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

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

- La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **administrarle a usted la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

Los costos que usted debe pagar por una vacuna de la Parte D dependen de los siguientes tres factores:

### 1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le costarán nada.

### 2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna en sí puede administrarse en una farmacia o en el consultorio del médico.

### 3. Quién administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede hacerlo en el consultorio del médico.

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

- A veces, cuando se le aplica la vacunación, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará la totalidad del costo que pagó.
- En otras ocasiones, cuando obtiene una vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

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

*Situación 1:* Recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye los costos de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar los costos totales de la vacuna en sí y los del proveedor que se la administre.
- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó por la vacuna, menos cualquier coseguro O copago (incluidos los costos de administración), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

*Situación 3:* Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde recibe la vacuna.

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

---

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el importe íntegro que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará la cantidad que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna, y menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda Adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

# CAPÍTULO 7:

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

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

---

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

---

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras oportunidades, usted puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba bajo las reglas de cobertura del plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (lo que con frecuencia se denomina “reembolsarle”). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que debe cumplir para recibir un reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de la distribución de costos, como se explica en este documento. Primero intente resolver la situación de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar el servicio, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que lo permitido por la distribución de distribución de costos del plan. Si el proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de 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**

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

- usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor que solicita un pago que usted 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 del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces los proveedores cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios más de lo que le corresponde.

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

---

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de distribución de costos cuando reciba los servicios cubiertos. 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 distribución de costos) 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.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que 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 ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado 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. (Significa que ya pasó 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 propio bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

### **4. Cuando adquiere un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red**

Si va a una farmacia fuera de la red, esta probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que cubrimos farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

### **5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene su tarjeta de membresía 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

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 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.

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

---

- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

**7. Cuando ocurre un error de facturación en la Farmacia en referencia a un medicamento del formulario.**

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos una solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

---

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

---

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es 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 de pago a la siguiente dirección:

**Reembolsos por servicios médicos:**

Molina Medicare Choice Care (HMO)  
Attn: Medicare Member Services  
200 Oceangate Ste. 100  
Long Beach CA 90802

Número de fax: (310) 507-6186

**Reembolsos de la Parte D:**

Molina Medicare Choice Care (HMO)  
Attn: Medicare Pharmacy Department  
7050 Union Park Center, Suite 200  
Midvale, UT 84047

**Debe presentar su reclamo dentro de un (1) año** posterior 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 contraportada 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.

**Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos****SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente****Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar**

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Nuestra parte del costo puede no ser el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es más alto que nuestro precio negociado). 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.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta en la que se explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y el derecho que tiene para apelar esta decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o en la suma que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:

## *Sus derechos y responsabilidades*

---

**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan**

---

**Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera adecuada y coherente con sus sensibilidades culturales**

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los telescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de telescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema Braille, en letra grande o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a una especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

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

Si tiene dificultades para acceder a la información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas de salud para mujeres o encontrar a un especialista dentro de la red, llame para presentar una queja a Molina Medicare Choice Care (HMO). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos**

Tiene derecho a seleccionar un proveedor de cuidados primarios (PCP) en la red del plan para que le provea y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en atención médica para la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Tiene derecho a agendar consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. También tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados o renovaciones de recetas en cualquiera de las farmacias de la red sin largas demoras.

## Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si considera que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, puede consultar el Capítulo 9 para informarse sobre qué hacer.

### Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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 médica personal incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado **Aviso sobre Prácticas 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 sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de compartir su información médica con cualquier persona que no le proporcione atención o pagando por su atención, *estamos obligados primero a obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted haya otorgado 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.
  - 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 con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, se requiere que no se divulgue la información que lo identifica de manera particular.

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

Usted tiene derecho a ver su historial médico archivado por el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corriamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

Usted tiene derecho a conocer cómo se divulgó su información médica a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros.

#### Su privacidad

Estimado miembro de Molina Medicare:

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle a usted beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**PHI** significa *información de salud protegida*. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina.

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

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar su atención médica
- Para revisar la calidad de la atención médica que recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de 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 usar o compartir su PHI?**

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

**¿Cuáles son sus derechos de privacidad?**

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

**¿Cómo protege Molina su PHI?**

Molina utiliza varios métodos para proteger la PHI a través de nuestro plan de salud. Esto incluye PHI en forma escrita, oral o en computadoras. A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina protege su PHI:

- Molina cuenta con políticas y normas para proteger la PHI.
- Molina limita quién puede ver la PHI. Solamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede utilizarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe aceptar de manera escrita seguir las normas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Molina asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado mediante el uso de firewalls y contraseñas.

**¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?**

- Mantener en privado su PHI.
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su PHI.
- Seguir los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

**¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad no se han protegido?**

- Llame o escriba a Molina y presente su queja.
- Presente su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

No tomaremos ningún tipo de acción en su contra. Esto no afectará su atención médica en ninguna medida.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Lo que precede es solo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad tiene más información sobre cómo usamos y compartimos la PHI de nuestros miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se encuentra en la siguiente sección de este documento. También se encuentra en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-0898, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.**

**NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD****MOLINA MEDICARE****ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.**

Molina Healthcare of California (“Molina”, “nosotros” o “nuestro”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud como miembro de Molina Medicare. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha efectiva de este aviso es el 23 de septiembre del 2013.

**PHI** significa *información de salud protegida*. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina.

**¿Por qué Molina utiliza o comparte su PHI?**

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

**Para tratamientos**

Molina puede usar o compartir su PHI para darle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye referencias entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

**Para pagos**

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico el monto de la factura que nosotros pagaríamos.

**Para funciones de atención médica**

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamo para informarle a usted acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras, lo siguiente:

- Mejorar la calidad.
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realizar o facilitar revisiones médicas.
- Servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento.
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución 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. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

**¿Cuándo puede Molina usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?**

Además de tratamientos, pagos y funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina use y comparta su PHI para varios otros propósitos, incluidos los siguientes:

**Requeridos por ley.**

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

**Salud Pública**

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

**Supervisión de la atención médica**

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

**Investigación**

Su PHI puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

**Procedimientos legales o administrativos**

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

**Cumplimiento de la ley**

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

**Salud y seguridad**

La PHI puede compartirse para prevenir alguna amenaza grave a la seguridad o salud pública.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Funciones gubernamentales**

Su PHI puede compartirse con el gobierno para funciones especiales, como para actividades de seguridad nacional.

**Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica**

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de maltrato o negligencia.

**Indemnización al trabajador**

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de Indemnización al trabajador.

**Otras divulgaciones.**

La PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarlos a hacer sus trabajos.

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que usted nos haya dado. Su cancelación no se aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

**¿Cuáles son sus derechos de información médica?**

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones respecto del uso o la divulgación de PHI (difusión de su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. También puede pedirnos que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas que nombre y estén involucradas en su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener confidencial su PHI. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Revisión y copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esto puede incluir registros usados para coberturas, reclamos y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos rechazar su solicitud. *Nota importante: no tenemos copias completas de su historia clínica. Si desea ver, obtener una copia o cambiar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**• Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

**• Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (Cómo se comparte su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- Información compartida con su autorización.
- Información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- la información que es parte de un conjunto de datos limitado de acuerdo con la ley aplicable; o
- la PHI revelada por motivos de seguridad nacional o de inteligencia.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para su solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame a Servicios para Miembros de Molina al (800) 665-0898, del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

**¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, usted puede presentar una queja ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede realizar una queja de las siguientes maneras:

**Por teléfono:**

Servicios para Miembros de Molina (800) 665-0898  
del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.  
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

**Por escrito:**

Molina Healthcare of California  
Attention: Manager of Member Services  
200 Oceangate Ste. 100  
Long Beach, CA 90802

Puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health & Human Services

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697; Fax: (202) 619-3818

**¿Cuáles son las obligaciones de Molina?**

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su PHI.
- Informarlo acerca de cualquier violación a su información médica no protegida:
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones.
- Cumplir con las condiciones de esta notificación.

**Este Aviso está sujeto a cambios**

**Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si hacemos algún cambio en el material, Molina publicará el Aviso revisado en nuestra página web y enviará el Aviso revisado o información sobre el cambio del material y cómo obtener el Aviso revisado, en nuestro próximo correo anual a nuestros miembros cubiertos por Molina.**

**Información de contacto**

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Por teléfono:

Servicios para Miembros de Molina (800) 665-0898  
del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.  
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of California  
Attention: Manager of Member Services  
200 Oceangate Ste. 100  
Long Beach, CA 90802

<b>Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos</b>
---

Como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información:

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre los motivos por los que un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9, también se proporciona información acerca de la manera de solicitarnos que modifiquemos una decisión, llamada apelación.

**Sección 1.5 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**

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones 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.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de 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.

**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 lo desea*, puede hacer lo siguiente:

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo usted quiere que ellos lleven a cabo su atención médica si usted llega a estar incapacitado para tomar esas decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar sus instrucciones por adelantado para estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada una. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá seguir estos pasos:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden insumos para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- Los formularios también están disponibles a través de un enlace a Caring Connections en nuestro sitio web o en <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar de donde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Usted debe considerar obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

Si usted sabe anticipadamente que necesita estar internado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia con usted al hospital.**

- El hospital le preguntará a usted si ha firmado un formulario de directiva anticipada y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

**Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada** (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede negar atención médica ni discriminarle en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

**¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?**

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no siguió sus instrucciones consignadas en la directiva, podrá presentar una queja a:

**Para quejas sobre profesionales de atención médica:**

Medical Board of California  
Central Complaint Unit  
2005 Evergreen Street, Suite 1200  
Sacramento, CA 95815  
Teléfono: (800) 633-2322  
Fax: (916) 263-2435

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

**Para quejas sobre centros de atención médica:**

Contact local CDPH Licensing & Certification District Office

Los Angeles Phone: (800) 228-1019  
12440 E. Imperial Highway, Room 522  
Norwalk, CA 90650  
Riverside Phone: (888) 354-9203  
625 E. Carnegie Drive, Suite 280  
San Bernardino, CA 92408  
San Bernardino Phone: (800) 344-2896  
464 West Fourth Street, Suite 529  
San Bernardino, CA 92401  
San Diego Phone: (800) 824-0613  
7575 Metropolitan Drive, Suite 211  
San Diego, CA 92108-4402  
Sacramento Phone: (800) 554-0354  
3901 Lennane Drive, Suite 210  
Sacramento, CA 95834  
TTY: 711

**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado**

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga, solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarle con equidad.**

**Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo 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 se han respetado por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual 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* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

- O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

**Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede llamar a **Servicios para Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Derechos y protecciones de Medicare*. (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf>).
  - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, (TTY 1-877-486-2048).

**SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan**

A continuación, se enumera lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarizarse con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice la *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, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - 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.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Decirle a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Exhiba su tarjeta de membresía al plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayudar a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de 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 duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Ser 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, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.

**Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**

---

- **Pagar lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe seguir pagando una prima por Medicare Parte B 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 obtiene el servicio o medicamento.
  - En caso de que a usted se le exija el pago de una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si debe pagar la suma adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar el pago de dicha suma directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicios de nuestro plan, nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

## CAPÍTULO 9:

*¿Qué hacer si tiene algún problema o  
queja?  
(decisiones de cobertura, apelaciones,  
quejas)*

---

## **SECCIÓN 1 Introducción**

---

### **Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud**

En este capítulo se describen dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, deberá recurrir al **proceso para presentar reclamos**, también denominados quejas.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que deben ser seguidos por nosotros y por usted.

La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar y lo que debería hacer.

### **Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?**

En algunas normas, procedimientos y tipos de fechas límites explicados en este capítulo, se utilizan términos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, en este capítulo:

- Utiliza palabras 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, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación en riesgo y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede resultarle útil (y a veces bastante importante) conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

---

## **SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada**

---

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, debe siempre comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas que no están relacionadas con nosotros. A continuación, se detallan dos entidades que pueden ayudarlo(a).

### **El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. 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 SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

**Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con 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.
- También puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

---

**SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?**

---

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

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

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (elementos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B están cubiertos o no y la modalidad de dicha cobertura, y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

**Sí.**

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

**No.**

Pase directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas.**

---

**DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA**

---

**SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones**

---

<b>Sección 4.1</b>	<b>Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades</b>
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso que existan problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Se utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para saber si un algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

### **Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la Evidencia de Cobertura deje claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros 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 cuidado médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerla, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. 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**

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no está conforme, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de tratar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que cumplimos con las normas correctamente. Una vez que finalizamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2.

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

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede recurrir a los niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

**Sección 4.2      Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

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

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)).
  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su doctor o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de Nombramiento Representante. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/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. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** 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 califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

**Sección 4.3      ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?**

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]*).

Si no está seguro de qué sección debe consultar, comuníquese con Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

---

## **SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**

---

<b>Sección 5.1</b> <b>En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención</b>
--

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud para un medicamento recetado de Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos recetados de Parte B son diferentes de las normas para los artículos médicos y los servicios.

En esta sección se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

**Nota:** Si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, o atención en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

**ambulatoria (CORF)**, tiene que leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

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

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

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

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

**Por lo general, una decisión de cobertura estándar se resuelve en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**

- Puede *solo solicitar* cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si al aplicar las fechas límite estándar, *su salud o su capacidad de funcionar resultan perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una 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 no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
  - Se le explique que, si su doctor solicita la decisión de cobertura rápida, le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
  - Se le explique que 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.

**Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.**

- 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. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

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

*Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos las fechas límite estándares.*

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

**Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud **para un elemento o servicio médico**. Si su solicitud es por un **medicamento recetado de Medicare Parte B**, **le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un elemento o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja una vez que tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

*Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.*

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- **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.

**Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.**

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

<b>Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1</b>
---

<b>Términos legales</b>
-------------------------

<p>Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama <b>reconsideración</b>. Una apelación rápida también se denomina <b>reconsideración acelerada</b>.</p>
---

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

**Una apelación estándar generalmente se toma en el plazo de 30 días o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas.**

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos 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 5.2 de este capítulo.

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

- **Si presenta una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha indicada en la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para apoyar su apelación.**

**Paso 3: consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.**

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se examina con detalle toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, nos comunicarnos con usted o su doctor para recopilar más información.

**Plazos para una apelación rápida**

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un elemento médico o servicio. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. El proceso de apelación de Nivel 2 se explica en la Sección 5.4.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “No” a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente se enviará la apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*****Plazos para una apelación estándar***

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. En el caso que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le informaremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación es sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B 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 solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un elemento médico o servicio. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le entregamos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente la revisará. El proceso de apelación de Nivel 2 se explica en la Sección 5.4.
- **Si nuestra respuesta es “Sí” a una parte o a toda su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario o, **en un plazo de 7 días calendario**, si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “No” a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos de manera automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

**Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2****Términos legales**

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. (Independent Review Entity, **IRE**).

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**

No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

**Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.**

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a 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.***

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Para la apelación rápida, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

***Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.***

- Para la solicitud estándar, si esta es por un artículo o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

**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 “Sí” a una parte o a toda la solicitud de un elemento o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, contamos con un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es “Sí” a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en cuestión **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas** contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina confirmar la decisión o rechazar su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
  - Se explica la decisión.
  - Le notifique sobre el derecho a presentar una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un valor mínimo determinado. En el aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le informará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones;
  - le informe cómo presentar una apelación de Nivel 3.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****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 desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es tratada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

**Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?**

En el Capítulo 7, se describe cuando usted puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

**Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura**

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos nuestra parte del costo generalmente dentro de los 30 días calendario, a más tardar, 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa:** 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 la atención médica y los motivos por los cuales 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.** Para apelaciones relacionadas con los reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si nos solicita un reintegro por atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si 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 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

**Sección 6.1** En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere 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*. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de Medicamentos Cubiertos o Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de cubrirlos.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

### Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

#### Términos legales

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar la renuncia a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener, autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar el pago de un monto de distribución de costos menor por un medicamento cubierto en una categoría de distribución de costos superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicite que paguemos Sección 6.4.**

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.

**Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción de formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de categoría**.

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.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos tres ejemplos de excepciones que usted, su doctor u otro recetador pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento Parte D para usted que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto de distribución de costos que aplica a los medicamentos en la categoría cuatro (4). No puede solicitar una excepción por el monto de distribución de costos que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. 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 distribución de costos menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto menor sea la categoría de distribución de costos, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.
  - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de distribución de costos menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de distribución de costos que se aplica al/a los medicamentos alternativos.
  - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con un monto de distribución de costos más bajo. Esta sería la categoría más baja que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca registrada, puede solicitarnos que lo cubramos con una distribución de costos. Esta sería la categoría de costo más baja que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de distribución de costos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de distribución de costos para cualquier medicamento de la categoría cinco (5) especializada.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de distribución de costos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

**Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones****Su médico debe 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.

Por lo general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos **alternativos**. 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 la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de distribución de costos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

**Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud**

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es “No”, puede solicitar una nueva revisión presentando una apelación.

**Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción****Términos legales**

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.

***Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:***

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el reintegro de un medicamento que ya compró).
  - El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad de funcionar.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico o recetador, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
  - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
  - Se explique que, si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - Se le informe cómo se puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de la recepción.

**Paso 2: solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

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. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el *Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su doctor (u otro recetador) o su representante. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

**Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.*****Fechas límite para una decisión de cobertura rápida***

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual 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***

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es “Sí” a una parte o a todo lo que solicitó**, debemos **proporcionar la cobertura** que habíamos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su doctor que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

***Plazos para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

**Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es negativa, puede presentar una apelación.**

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

**Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1****Términos legales**

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

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

**Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.**

***Una apelación estándar generalmente se realiza dentro de los 7 días. Por lo general, una apelación rápida se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida***

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro recetador deberá decidir si 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 6.4 de este capítulo.

**Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro recetador deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1.** Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (800) 665-0898.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la *Determinación de Cobertura CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para apoyar su apelación.

**Paso 3: 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 solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación 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. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

#### ***Fechas límite para una apelación estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió***

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “Sí” a parte o a toda su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Las fechas límite para una apelación estándar con respecto al pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo apelar.

**Paso 4: si respondemos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

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

**Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2****Términos legales**

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. (Independent Review Entity, **IRE**).

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.**

No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que se establecen y cómo puede comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- 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.

**Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.**

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

***Fechas límite para una apelación rápida***

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, esta deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

***Fechas límite para una apelación estándar***

- Si presenta una apelación estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

**Paso 3: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.*****Para apelaciones rápidas:***

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

***Para apelaciones estándar:***

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba, en parte o en su totalidad, una solicitud de reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

**¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?**

Si esta organización responde negativamente ante su apelación, **ya sea en parte o en su totalidad,** significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión.** también se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- explique su decisión;
- se le informe sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor dólar 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;

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- se le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

**Paso 4: 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 desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la trata un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que le están 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 el tratamiento de su enfermedad o lesión.

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 le dan de alta del hospital se llama su **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su doctor 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.

**Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos**

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso 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. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), puede solicitarla a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

- 1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le indica:
  - 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.
  - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
  - Su **derecho a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que es demasiado pronto para recibirla. Es una manera formal y legal de solicitar un aplazamiento de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.
- 2. Se le solicitará que firme el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
  - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Conserve su copia** del aviso para tener la información a mano sobre cómo presentar una apelación (o denunciar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
  - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar a Servicios para Miembros 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 ver el aviso en línea en el siguiente enlace: [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices).

**Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación.** Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno Federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

**Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar con rapidez.**

*¿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.

**Actúe con rapidez:**

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada.**
  - **Si cumple con esta fecha límite,** podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Si no cumple con este plazo**, contáctenos. Si no cumple con esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, deberá pagar todos los costos por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le proporcionaremos un **Aviso Detallado de Alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado de Alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros 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 ver un ejemplo del aviso en línea en [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

**Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si 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 nos informen acerca de su apelación, le haremos llegar un aviso por escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. En el aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

**Paso 3: dentro del 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 organización responde *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos 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.

**¿Qué sucede si la respuesta es negativa?**

- Si la organización revisora *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el 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 posterior al 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 respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación fue *negativa* 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 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

**Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.**

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad haya dado una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

**Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.*****Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:***

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre 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 de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina confirmar la decisión.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

**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 decide avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- La apelación de Nivel 3 la trata un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

**Sección 8.1** *En esta sección, solo se describen tres servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF)*

Cuando recibe **servicios cubiertos de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de 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 cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

### **Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura**

#### **Términos legales**

**Aviso de no cobertura de Medicare.** Le indica cómo debe proceder para solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención. En el aviso se informa lo siguiente:
  - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
  - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención.
2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan sobre detener la atención.

### **Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un período prolongado**

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.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

**Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es correcta desde el punto de vista médico.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de doctores y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno Federal para controlar y ayudan a mejorar la atención a los pacientes que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

**Paso 1: presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una apelación rápida. Deberá actuar con rapidez.**

*¿Cómo puede comunicarse con esta organización?*

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. O consulte el Capítulo 2 para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado.

*Actúe con rapidez:*

- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad.

**Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.**

Términos legales
<b>Explicación detallada de la falta de cobertura.</b> Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

*¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los revisores) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si 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 informarán sobre su apelación y le proporcionaremos la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se explica en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

**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 aprueban su apelación?*

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- 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). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

**¿Qué sucede si los revisores la rechazan?**

- Si los revisores contestan *negativamente* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- 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.**

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una apelación de Nivel 2.

**Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un período prolongado**

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

**Paso 1: contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.**

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

**Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: dentro de los 14 días calendario 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 de manera afirmativa?**

- **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 médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*****¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?***

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

**Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.**

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la trata un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**SECCIÓN 9 Cómo llevar su Apelación al Nivel 3 y más****Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico**

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba, se le explicará cómo presentar una apelación de 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.

<b>Apelación de Nivel 3</b>	<b>Un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal</b> someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.
-----------------------------	---

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de manera afirmativa a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se presentará una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado mediador responden de manera negativa a su apelación, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta a su apelación es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

### **Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D**

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. En la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2, se le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos 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 de Nivel 3** Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como 30 días calendario después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4** El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5. También se le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

**PRESENTAR QUEJAS****SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas****Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de 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. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Por ejemplo:
<b>Calidad de su atención médica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?</li> </ul>
<b>Respeto de su privacidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?</li> </ul>
<b>Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa?</li> <li>• ¿No está satisfecho con nuestro Departamento de Servicios para Miembros?</li> </ul>

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Queja	Por ejemplo:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?</li> </ul>
<b>Tiempos de espera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado?</li> <li>• ¿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? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de exámenes médicos, o al adquirir una receta médica.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Limpieza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?</li> </ul>
<b>Información que recibe de nosotros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No le entregamos un aviso necesario?</li> <li>• ¿Nuestra información escrita es difícil entender?</li> </ul>
<p><b>Puntualidad</b> (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la puntualidad de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).</p>	<p>Si 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y rechazamos su solicitud. En ese caso, puede presentar una queja.</li> <li>• Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para otorgarle una decisión o apelación de cobertura. En ese caso, puede presentar una queja.</li> <li>• Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar una queja.</li> <li>• Considera que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente. En ese caso, puede presentar una queja.</li> </ul>

**Sección 10.2 Cómo presentar una queja****Términos legales**

- Una **Queja** también recibe el nombre de **reclamo**.
- **Presentar una queja** también recibe el nombre de **presentar un reclamo**.
- **Usar el proceso para quejas** también recibe el nombre de **usar el proceso para presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también recibe el nombre de **queja acelerada**.

**Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja****Paso 1: Contáctenos inmediatamente –por teléfono o por escrito.**

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la 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 quejas para miembros. Usted o su representante autorizado tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina Medicare Choice Care (HMO) acepte una prórroga relacionada con la decisión de reconsideración o determinación de organización, o cuando rechazamos una solicitud para acelerar una reconsideración o determinación de la organización. (No podemos aceptar una prórroga cuando tomamos una decisión de cobertura o resolvemos una apelación relacionada con un medicamento Parte B o Parte D). Molina Medicare Choice Care (HMO) responderá a estas quejas aceleradas dentro de (24) horas después de su recepción. 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 catorce (14) días si usted solicita la extensión, o si necesitamos información adicional y si la demora es para su beneficio.

Usted o su representante tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina Medicare Choice Care (HMO) solicite una extensión relacionada con la reconsideración de una determinación de organización o cuando rechazamos acelerar una solicitud para la reconsideración o determinación de organización.

Molina Medicare Choice Care (HMO) responderá a estas quejas dentro de (24) horas después de su recepción.

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 para su beneficio. Cuando decidamos 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.

**Capítulo 9 ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea presentar este reclamo.

**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.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 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 presenta una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o apelación rápida, automáticamente le daremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

**Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad**

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.** La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejoramiento de Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

**Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare**

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Choice Care (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el  
plan*

**SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan**

La finalización de su membresía en Molina Medicare Choice Care (HMO) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones determinadas en las que debemos finalizar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted continuará pagando su distribución de costos hasta que finalice su membresía.

**SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?****Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual**

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período de Inscripción Abierta” Anual). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.**
- **Elija mantener su cobertura actual o haga cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados;
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente;
  - *u* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
    - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

**Nota:** si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1.º de enero.

**Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** anual.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

- **El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho a la misma.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede hacer lo siguiente:
  - cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados;
  - cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

**Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período Especial de Inscripción**

En ciertos casos, los miembros de Molina Medicare Choice Care (HMO) pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

**Usted puede ser elegible para poner fin a su membresía durante un Período Especial de Inscripción** si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa, puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)):

- Por lo general, cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para que “Ayuda Extra” pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para personas mayores o un hospital de atención de largo plazo (LTC).

**Los períodos de inscripción varían** según su situación.

**Si desea saber si es elegible para el Período Especial de Inscripción**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados;
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente;
- *u* Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

**Nota:** si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

**Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

**Recibe “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados independiente de Medicare, Medicare le puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

<b>Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?</b>
--

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía, haga lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Obtenga información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

---

### **SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?**

---

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

<b>Si desea cambiar de nuestro plan a:</b>	<b>Esto es lo que debería hacer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro plan de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Molina Medicare Choice Care (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare.</li> <li>• Su inscripción en Molina Medicare Choice Care (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.</b> Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.</li> <li>• Usted también puede comunicarse con <b>Medicare</b> 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.</li> <li>• Su inscripción en a Molina Medicare Choice Care (HMO) será discontinuada cuando entre en vigencia su cobertura de Original Medicare.</li> </ul>

---

## **SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

---

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios y artículos médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red para que le surtan sus recetas médicas.**
- **Si lo hospitalizan el día que finaliza su membresía, su hospitalización será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigor su nueva cobertura médica).

---

## **SECCIÓN 5 Molina Medicare Choice Care (HMO) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos**

---

<b>Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?</b>
--

**Molina Medicare Choice Care (HMO) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame a Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en United States.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inadecuada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a dejar 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 dejar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue el caso.
- Si debe pagar la suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

**Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan**

---

**¿Dónde puede obtener más información?**

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

<b>Sección 5.2</b>	<b>Nosotros <u>no podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud</b>
--------------------	--

Molina Medicare Choice Care (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

**¿Qué debe hacer si esto sucede?**

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

<b>Sección 5.3</b>	<b>Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan</b>
--------------------	---

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la terminación por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de terminar su membresía.

# CAPÍTULO 11:

## *Avisos legales*

---

## **SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables**

---

La ley más importante que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados bajo la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

---

## **SECCIÓN 2 Aviso de 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 reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.** Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener 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 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

---

## **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 en los artículos 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de reglamentaciones federales (CFR), Molina Medicare Choice Care (HMO), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantarán 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.

**Período de inscripción anual:** es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

**Apelación:** una apelación es una medida que toma usted 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.

**Facturación del saldo:** cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor a la suma de distribución de costos permitida del plan. Como miembro de Molina Medicare Choice Care (HMO), usted solo debe pagar las sumas de distribución de costos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen “facturaciones de saldo” o le cobren más de la suma de distribución de costos que su plan establece que usted debe pagar.

**Período de Beneficios:** la forma en que Original Medicare mide el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando se cumplen 60 días consecutivos sin que usted haya recibido un cuidado de hospitalización (o cuidado experto en un SNF). 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 periodo de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

**Producto biológico:** un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Ver también “**Producto Biológico Original**” y “**Biosimilar**”).

**Biosimilar:** un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “**Biosimilares intercambiables**”).

**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.

**Etapas de cobertura catastrófica:** la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes cualificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. En esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

**Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Plan para Necesidades Especiales de Cuidados Crónicos (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP):** los C-SNP son Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

**Coseguro:** una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, un 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

**Queja:** el nombre formal para hacer una queja es presentar/hacer 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 incluye quejas si su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

**Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):** un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, que incluyen 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:** suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

**Distribución de costos:** La distribución de costos se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). La distribución de costos 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 suma fija de copago que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier suma de coseguro que corresponde pagar como porcentaje de la suma total pagada por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

**Categoría de distribución de costos:** cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor es el costo que usted paga por el medicamento.

**Determinación de cobertura:** una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que usted debe pagar por la receta médica. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan decisiones de cobertura.

**Medicamentos cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

**Servicios Cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros 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.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Cuidados de Custodia:** los Cuidados de Custodia son cuidados personales brindados en una residencia para personas mayores, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Los Cuidados de Custodia, brindados por personas sin entrenamiento ni destrezas profesionales, incluyen ayudar a realizar actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama, sentarse en una silla y levantarse de esta, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre los cuidados de custodia.

**Tasa de distribución de costos diaria:** Una “tasa de distribución de costos diario” puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de distribución de costos diaria es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Por ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su tasa de distribución de costos diaria es de \$1 por día.

**Deducible:** monto que debe pagar por atención o recetas médicas antes de que pague nuestro plan.

**Cancelar o cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía al plan.

**Tarifa de Dispensación:** una tarifa que se cobra cada vez que se dispense un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

**Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP):** en los D-SNP, se inscriben personas que tienen derecho a recibir tanto asistencia de Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguro Social) como la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Entre los ejemplos, se incluyen los siguientes: andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de asistencia para el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

**Emergencia:** una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

**Atención de Emergencia:** servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para administrar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) e Información de Divulgación:** este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en una categoría de distribución de costos más baja (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos el criterio de restricción, o si el plan establece límites sobre la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

**“Ayuda Extra (Extra Help)”**: un programa estatal o de Medicare para ayudar a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

**Medicamento Genérico**: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

**Queja**: un tipo de queja que presente sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. No incluye disputas por cobertura o pagos.

**Auxiliar de Atención Médica Domiciliaria**: una persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un miembro de enfermería o terapeuta autorizados, como ayuda para el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

**Centro de cuidado paliativo**: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que fue certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

**Internación en un hospital**: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

**Suma de ajuste mensual conforme a los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA)**: si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la prima estándar y una suma de ajuste mensual conforme a los ingresos, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayor parte no abonará una prima más alta.

**Etapas de Cobertura Inicial**: esta es la etapa anterior a que sus costos de bolsillo para el año alcancen el umbral de gastos de bolsillo. \$2,000.

**Período de Inscripción Inicial**: período de tiempo en que puede inscribirse para la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

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

**Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o Lista de Medicamentos)**: una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Subsidio por ingresos bajos (Low Income Subsidy, LIS):** consulte “Ayuda Extra (Extra Help)”.

**Programa de descuento del fabricante:** un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

**Monto máximo de 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 dentro de la red. Las sumas que paga por los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima que paga de su bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más información sobre la suma máxima que paga de su bolsillo.

**Medicaid (o Medical Assistance):** Un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

**Indicación médicamente aceptada:** uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas fuentes, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

**Medicamento Necesario:** servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

**Medicare:** el programa de seguro médico federal para mayores de 65, 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).

**Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage:** período desde el 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

**Plan de Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Arancel por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuentas de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de vista, dentales, o de audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

Necesidades Especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

**Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare):** el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *faltas* de cobertura en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (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, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Servicios para Miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

**Farmacia de la Red:** una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

**Proveedor de la Red:** proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son llamados **proveedores del plan**.

**Determinación de la Organización:** una decisión de nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o acerca de cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de organización se denominan decisiones de cobertura.

**Producto biológico original:** un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

**Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de arancel por servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, 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. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de Hospital) y Parte B (Seguro Médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

**Farmacia Fuera de la Red:** una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se cumplan ciertas condiciones.

**Proveedor o Centro Fuera de la Red:** un proveedor o centro no contratado por nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son nuestros empleados, no son de nuestra propiedad y no son operados por nuestro plan.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**Gastos de bolsillo:** vea la definición anterior de distribución de costos. El requisito de distribución de costos debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

**Umbral de gastos de bolsillo:** el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Parte C:** consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

**Parte D:** el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

**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. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos cubiertos Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos Parte D.

**Multa por inscripción tardía en la Parte D:** el monto 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 después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de distribución de costos 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 bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de 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 que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

**Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP):** el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud y chequeos médicos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

**Dispositivos Protésicos y Ortóticos:** Dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, como suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica y parenteral.

**Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, 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.

**Capítulo 12 Definiciones de términos importantes**

---

**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.

**“Herramienta de Beneficios en Tiempo Real”:** un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el miembro. Esto incluye montos de distribución de costos, medicamentos del formulario alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización Previa, Terapia Progresiva, Límites de Cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

**Servicios de Rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

**Área de Servicio:** un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Se cancelará su inscripción al plan si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

**Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF):** servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos de los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera profesional o un médico.

**Periodo especial de inscripción:** un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Periodo especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Extra” para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para personas mayores o si infringimos nuestro contacto con usted.

**Distribución de costos estándar:** la distribución de costos estándar es una distribución de costos distinta de aquella preferida que se ofrece en una farmacia de la red.

**Terapia Escalonada:** una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, 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 cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si no es razonable, dada su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran requeridas urgentemente incluso si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

# **Servicios de asistencia de idiomas de Medicare**



## Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-800-665-0898 (TTY: 711).

### English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-665-0898. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

### Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-665-0898. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

### Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-800-665-0898。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

### Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-800-665-0898 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

### Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-665-0898. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

### French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-665-0898. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

### Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-800-665-0898. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:**

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-665-0898. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:**

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-665-0898번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:**

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-800-665-0898. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-665-0898. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:**

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास नःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-800-665-0898 पर कॉल करें। हृदि बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक नःशुल्क सेवा है।

**Italian:**

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-800-665-0898. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:**

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-665-0898. Irá encontrar alguém que fale o idioma português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:**

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-665-0898. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:**

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-665-0898. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:**

当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-665-0898 にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Armenian:**

Մենք ունենք անվճար քարզման շահակահան ծառայություններ՝ մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարե՛ք մեզ՝ 1-800-665-0898 հեռախոսահամարով: Ինչ-որ մեկին, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

**Cambodian:**

យើងមានសេវាកម្រិតដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោង សុខភាព ឬផ្តល់សេវាកម្ម។ យើងដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែសូមទូរស័ព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-665-0898 ។ អ្នកដែលស្គាល់ខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

**Persian:** ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سوالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-800-665-0898 با ما تماس بگیرید. کسی که در اینجا به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این سرویس رایگان است.







**Servicios para Miembros de Molina Medicare Choice Care (HMO)**

<b>Método</b>	<b>Servicios para Miembros: Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>(800) 665-0898</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m, hora local.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades de la audición o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>ESCRIBA A</b>	<p>Molina Healthcare            Attn: Medicare Member Services            200 Oceangate, Ste. 100            Long Beach, CA 90802</p>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>

HICAP es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

<b>Método</b>	<b>Información de Contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>Condado de Los Angeles : (800) 434-0222            Condado de San Diego: (858) 565-8772            Condado de Imperial: (760) 353- 0223            Condados de Riverside y San Bernardino: (909) 256-8369</p> <p>Los Angeles: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.            San Diego e Imperial: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.            Riverside y San Bernardino: de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p>

<b>Método</b>	<b>Información de Contacto</b>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>HICAP  Los Angeles County:  Center For Health Care Rights  4601 Wilshire Boulevard, Suite 160  Los Angeles, CA 90010  (800) 434-0222</p> <p>Riverside and San Bernardino Counties:  Council on Aging Southern California  2280 Market Street Suite 140  Riverside, CA 92501  (909) 256-8369</p> <p>San Diego County &amp; Imperial Counties:  Elder Law &amp; Advocacy  5151 Murphy Canyon Road, Suite 110  San Diego, CA 92123  San Diego: (858) 565-8772  Imperial: (760) 353-0223</p>
<b>PÁGINA WEB</b>	<a href="https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/">https://www.cahealthadvocates.org/HICAP/</a>

**Declaración de Divulgación de la PRA** Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, nadie está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que esta incluya un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, 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, sírvase escribirnos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.