MOLINA HEALTHCARE

Molina Medicare Complete Care

HMO SNP

2021 | Evidencia de Cobertura

Michigan H5926-001

Sirviendo a los condados de Allegan, Arenac, Barry, Bay, Clare, Genesee, Gratiot, Huron, Kent, Lake, Lapeer, Livingston, Macomb, Mason, Mecosta, Monroe, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oakland, Oceana, Osceola, Ottawa, Saginaw, Sanilac, Shiawassee, Tuscola, Washtenaw y Wayne

1.º de enero a 31 de diciembre de 2021

Evidencia de cobertura:

Sus Beneficios y servicios de salud y Cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

Este folleto le ofrece detalles acerca de su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados de Medicare a contar del 1.º de enero y hasta el 31 de diciembre de 2021. Describe los pasos que se deben seguir para obtener la cobertura de atención médica y medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Este plan, Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), es ofrecido por Molina Healthcare of Michigan (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", esto significa Molina Healthcare of Michigan. Cuando dice "el plan" o "nuestro plan", significa Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)).

Para obtener información adicional, sírvase llamar a nuestro departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3072. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 2021.

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (800) 665-3072 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 665-3072 (TTY: 711).

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles 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 de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

H5926_21_1150_001_MIEOC_C Accepted MIM01ECEN0920

Aprobación OMB 0938-1051 (Expira: 31 de diciembre de 2021)

Evidencia de cobertura de 2021

Tabla de contenidos

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

Capítulo 1. Inicio como miembro 4

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 19

Le indica cómo comunicarse con nuestro plan (Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)) y con otras organizaciones, que incluyen Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), la Organización de Mejoramiento de Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el Programa Estatal de Seguro Médico para Personas con Bajos Ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Retiro Ferroviario.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos 36

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

Capítulo 4. Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar) 53

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

Capítulo 5. Utilización de la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 111

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

Capítulo 6. Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D 136

Ofrece información sobre las (4) etapas de cobertura de los medicamentos (*Etapa de deducibles*, *Etapa de cobertura inicial*, *Etapa de brecha en cobertura* y *Etapa de cobertura catastrófica*) y sobre cómo estas etapas influyen en la suma que usted debe pagar por sus medicamentos. Se explican las cinco (5) categorías de costo compartido de sus medicamentos Parte D y se le indica lo que debe pagar por un medicamento determinado en cada categoría de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 156

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 163

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

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 180

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

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

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan 238

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

Capítulo 11. Avisos legales 248

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

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes 251

Se definen los términos clave utilizados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Inicio como miembro

Capítulo 1. Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción 7

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), que es un plan especial de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales) 7

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el folleto de *Evidencia de cobertura*? 8

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 8

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir 8

Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B? 9

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid? 9

Sección 2.4 Esta es el área de cobertura de servicios del plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 10

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU. 11

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros? 11

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan: se utiliza para recibir los servicios de atención y medicamentos recetados cubiertos 11

Sección 3.2 El *Directorio de Proveedores*: su guía de todos los proveedores de la red del plan 12

Sección 3.3 El *Directorio de Farmacias*: su guía de farmacias en nuestra red 12

Sección 3.4 La Lista de *medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan 13

Sección 3.5 La *Descripción de beneficios de la Parte D* (la "EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 13

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 14

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan? 14

Sección 4.2 Existen varias formas en las que usted puede pagar su prima del plan 15

Sección 4.3 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año? 16

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan 16

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a garantizar que la información que tenemos acerca de usted es correcta 16

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal 17

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 17

SECCIÓN 7 Funcionamiento de otros seguros médicos con nuestro plan 18

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene un seguro médico adicional? 18

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en el plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), que es un plan especial de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

Ha decidido obtener su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP).

Existen diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) es un plan especial de Medicare Advantage (un “Plan para Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

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

Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) es administrado por una compañía privada. Como todos los planes de Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Michigan para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace ofrecerle la cobertura de atención médica de Medicare, incluso la cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service) en www.irs.gov/Affordable-Care- Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué información incluye el folleto de *Evidencia de cobertura*?

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

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

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 folleto de *Evidencia de cobertura*.

Si la información le resulta confusa, algo le preocupa o si solo desea hacer una pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran impresos en la cubierta posterior de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 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 está vigente durante los meses en los que está inscrito en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) entre el 1.° de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2021.

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 Complete Care (HMO SNP) después del 31 de diciembre de 2021. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2021.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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

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

Sección 2.1 Requisitos que debe reunir

Usted puede ser elegible para convertirse en miembro de nuestro plan si:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B (la Sección 2.2 informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- -- *y* -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.4 a continuación, se detalla nuestra área de servicio).
- -- *y* -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.
- -- *y* -- Usted reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede suceder que la recupere en un plazo de 6 meses, entonces todavía es elegible para la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1, se le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un periodo de elegibilidad que se considera continua).

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

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

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

Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa con la condición de que respeten las pautas federales.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Medicaid solo paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.

- **Beneficiario Calificado de Medicare-Plus (QMB+):** Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es elegible para otros beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados-Plus (SLMB+):** Medicaid paga su prima de Medicare Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid.
- **Individuo Calificado (QI):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es de otro modo elegible para los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario Doble Elegible con Beneficios Completos (FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** Elegible para el pago de Medicaid de su prima de Medicare Parte A únicamente. Usted no es de otro modo elegible para Medicaid.

Sección 2.4 Esta es el área de cobertura de servicios del plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

Aunque Medicare es un programa federal, Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) se ofrece solo a 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 servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan: Allegan, Arenac, Barry, Bay, Clare, Genesee, Gratiot, Huron, Kent, Lake, Lapeer, Livingston, Macomb, Mason, Mecosta, Monroe, Montcalm, Muskegon, Newaygo, Oakland, Oceana, Osceola, Ottawa, Saginaw, Sanilac, Shiawassee, Tuscola, Washtenaw y Wayne.

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

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

Si planea mudarse fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). 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 2.5 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los 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) notificará a Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) tiene que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales recibirá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía al plan: se utiliza para recibir los servicios de atención y medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe presentar su tarjeta de membresía a nuestro plan cuando reciba cualquier servicio cubierto por este plan y cualquier medicamento recetado de las farmacias de la red. Recuerde mostrar siempre su identificación de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) y su tarjeta de identificación de Medicaid de Michigan Department of Health and Human Services cada vez que se presente para su atención. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. 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 Complete Care, 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 soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios en centros de cuidados paliativos o si necesita participar en los estudios de investigación de rutina.

Esto es muy importante porque: Si usted recibe servicios cubiertos presentando su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de presentar su tarjeta de membresía de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) mientras es miembro de un plan, posiblemente usted deberá pagar el gasto total de los servicios.

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

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

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

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Puede encontrar una lista actualizada de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

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

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

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitarla a través del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Puede solicitar más información al Departamento de Servicios para Miembros sobre los proveedores de nuestra red, incluso una descripción de sus calificaciones. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en MolinaHealthcare.com/Medicare o descargarlo de este sitio web. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3 El *Directorio de proveedores/farmacias*: su guía de farmacias en nuestra red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes.

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

En el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado

en nuestra página web MolinaHealthcare.com/Medicare. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para ver qué farmacias hay en nuestra red**.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). Puede comunicarse en cualquier momento con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre las modificaciones en la red de farmacias. También puede obtener esta información ingresando a nuestra página web 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 Complete Care (HMO SNP). Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. En la lista de medicamentos, se le informa cómo conocer su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP).

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

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

Cuando utilice los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para ayudarlo a comprender y mantener un control de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D. Este informe de resumen se denomina *Descripción de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D").

La *Descripción de beneficios de la Parte D* le informa la suma total que usted, u otros en su nombre, ha gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y la suma total que nosotros hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que consume, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que puedan estar disponibles. Debería consultar con su recetador sobre estas opciones de menor costo. En el Capítulo 6 (*Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se detalla más información sobre la *Descripción de Beneficios* y cómo lo puede ayudar a controlar su cobertura de medicamentos.

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

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

Sección 4.1 ¿Cuánto es la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para 2021, la prima mensual de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) es $0 a $30.10. 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 mayor

En algunos casos, su prima del plan podría ser mayor que la suma descrita en la Sección 4.1 anterior. La situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se suscribieron en un plan de medicamentos recetados de Medicare la primera vez que fueron elegibles o porque no mantuvieron su cobertura durante un periodo consecutivo de 63 días o más cuando no tenían cobertura de medicamentos recetados "válida". (Cobertura "Válida" significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados pague, en promedio, una suma al menos igual a la de la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. La suma de su prima será la prima mensual del plan más la suma de su multa por inscripción tardía de la Parte D.
  - Si recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.
  - Si pierde la Ayuda Adicional (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.
  - Si usted debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.
- Se les podrá solicitar a algunos miembros que paguen cargos adicionales, conocidos como la suma de ajuste mensual conforme a ingresos - Parte D, también llamados IRMAA, debido a que hace 2 años tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, sobre cierto monto en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a una IRMAA tendrán que pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad de Medicaid y también tener Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la

Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.

Si el ingreso bruto ajustado modificado como se informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y la suma de ajuste mensual conforme a ingresos, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima.

- Si debe pagar una suma adiciona, 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. Si sufrió un hecho trascendental que provocó la caída de sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar una suma adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción al plan.**
- También puede visitar la página web www.medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Su copia de *Medicare y Usted 2021* incluye información sobre estas primas en la parte titulada "Costos de Medicare de 2021". Cada año en el otoño, todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted*. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2021* de la página web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Opción 1: Puede abonar con cheque

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

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

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), lo cual significa que la prima mensual será debitada automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros, directamente por el plan. 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 se deduzca la prima del plan 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 las primas de su 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 la prima, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si podemos recomendarle programas que lo ayuden a pagar la prima. (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. El Capítulo 9, Sección 11 de este cuadernillo, describe los pasos a seguir para presentar una queja. Si se presentó una emergencia que estuvo fuera de su control y que no le permitió pagar su prima del plan durante nuestro periodo de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión llamando al (800) 665-3072 entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. 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 4.3 ¿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.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado su registro de membresía al plan

Sección 5.1 Cómo puede ayudar a garantizar que la información que tenemos acerca de usted es correcta

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para conocer qué servicios**

y medicamentos están cubiertos y las sumas de costos compartidos para usted. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

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

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

También es importante que se 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.

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

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. (Para obtener más información sobre el funcionamiento de nuestra cobertura si tiene un plan médico adicional, consulte la Sección 7 de este capítulo).

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

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Si desea obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 8 de este cuadernillo.

SECCIÓN 7 Funcionamiento de otros seguros médicos con nuestro plan

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

Si tiene otro seguro médico (como cobertura médica grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su otro seguro médico. El seguro que paga primero se denomina "pagador principal" y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga 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.

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

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

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

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

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

Si tiene un seguro médico adicional, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene alguna pregunta sobre quién debe pagar primero o si necesita actualizar la información de su seguro médico adicional, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). 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 2

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)** (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan) **21**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare) **26**

SECCIÓN 3 **Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado** (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) **28**

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

SECCIÓN 5 **Seguro social** **29**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos) **30**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados** **32**

SECCIÓN 8 **Cómo comunicarse con la Junta de retiro ferroviario** **34**

SECCIÓN 9 **¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador?** **35**

SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

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 Complete Care (HMO SNP). Nos complacerá ayudarlo.

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 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.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(801) 858-0409
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

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

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072

Método	Decisiones de cobertura de atención médica – Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 5:00 AM p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(801) 858-0409
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB:	MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una apelación por su atención médica

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

Método	Apelaciones por atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Appeals and Grievance P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977

Método	Apelaciones por atención médica – Información de contacto
SITIO WEB:	MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica

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

Método	Quejas por atención médica – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Cómo contactarnos para presentar una solicitud de decisiones de cobertura referente a sus medicamentos recetados de la Parte D

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

Método	Decisiones de cobertura por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(888) 665-1328 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(888) 665-1328 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309

Método	Apelaciones por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB:	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

Método	Quejas por medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	(888) 665-1328 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977 Puede presentar una queja a través de nuestro formulario de quejas ubicado en: http:/ / www.molinahealthcare.com/medicare
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

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

Para obtener más información sobre situaciones en las que usted deba solicitarnos un reintegro o que paguemos una factura que recibió de un 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 denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 *(Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* para obtener más información.

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	Parte C: (801) 858-0409 Parte D: (866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB:	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

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

Método	Medicare – Información de contacto
LLAME AL	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.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB:	www.medicare.gov Esta es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En ella, se brinda información actualizada de Medicare y temas actuales de Medicare. También se brinda información sobre hospitales, residencias para ancianos, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Se incluyen cuadernillo que puede imprimir directamente de su computadora. También se pueden encontrar contactos de Medicare en su estado. 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: • **Herramienta de requisitos para participar en Medicare:** ofrece información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Localizador de planes de Medicare:** ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Molina Medicare Complete Care (HMO SNP): • **Infórmele a Medicare su queja:** Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. 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 informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web, la imprimirán y se

Método	Medicare – Información de contacto
	la enviarán a 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).

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 Michigan, el SHIP es conocido como Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP).

Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP)es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores de Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Lo ayudarán 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 Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) también le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder los interrogantes relacionados con el cambio de un plan a otro.

Método	Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) (SHIP de Michigan): Información de contacto
LLAME AL	(800) 803-7174, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 AM p. m., hora local
TTY	(505) 476-4937 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) 6105 West St. Joseph Suite 204 Lansing, Michigan 48917-4850
SITIO WEB:	http://www.mmapinc.org

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

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

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. 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.
- 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.

Método	Livanta (Organización de Mejoramiento de Calidad de Michigan) – Información de contacto
LLAME AL	(888) 524-9900, De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); sábados y domingos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora local); el correo de voz está disponible las 24 horas
TTY	(888) 985-8775 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	https://www.livantaqio.com/

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. El Seguro Social administra

el proceso de inscripción 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.

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

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos)

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

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Medicaid solo paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare, pero no es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario Calificado de Medicare-Plus (QMB+):** Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLMB):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es elegible para otros beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados-Plus (SLMB+):** Medicaid paga su prima de Medicare Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid.
- **Individuo Calificado (QI):** Medicaid solo paga su prima de Medicare Parte B. Usted no es de otro modo elegible para los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario Doble Elegible con Beneficios Completos (FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** Elegible para el pago de Medicaid de su prima de Medicare Parte A únicamente. Usted no es de otro modo elegible para Medicaid.

Los miembros de este plan están inscritos en Medicare y también en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Michigan Department of Health and Human Services.

Método	Michigan Department of Health and Human Services, (Programa Medicaid de Michigan) – Información de contacto
LLAME AL	(517) 373-3740, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 AM p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) 400 S. Pine Street Lansing, Michigan 48933
SITIO WEB:	http://www.michigan.gov/mdch

El Programa del Ombudsman de Michigan Office of Services to the Aging (Michigan) ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas en el servicio o la facturación. Lo pueden ayudar a presentar una apelación o una queja contra nuestro plan.

Método	Michigan Office of Services to the Aging – Información de contacto
LLAME AL	(866) 485-9393 o (517) 373-8230, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 AM p. m., hora local
TTY	(517) 373-4096 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Michigan Office of Services to the Aging P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909-8176

Método	Michigan Office of Services to the Aging – Información de contacto
SITIO WEB:	http://www.michigan.gov/mdch

El Michigan Long Term Care Ombudsman Program ayuda a las personas a obtener información acerca de las casas de reposo y a resolver problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

Método	Michigan Long Term Care Ombudsman Program – Información de contacto
LLAME AL	(866) 485-9393, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 AM p. m., hora local
TTY	(517) 373-4096 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Long Term Care Ombudsman P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909-8176
SITIO WEB:	http://www.michigan.gov/miseniors/

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

Programa de “Ayuda Extra” de Medicare

La mayoría de nuestros miembros califican y ya obtienen la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

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. Aquellos que califican, obtienen ayuda para pagar cualquier prima mensual del plan de medicamentos recetados de Medicare, deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta “Ayuda Extra” cuenta como parte de los gastos de su bolsillo.

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

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

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

Si usted considera que califica para "Ayuda Adicional" (Extra Help) y considera que está pagando una suma de costos compartidos incorrecta por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan ha diseñado un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel de copago correspondiente o, si usted ya tiene esa evidencia, ayuda para presentarnos esta evidencia.

- La Mejor Evidencia Disponible (BAE) ubicada en la web en http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros y 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;
- 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 el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

¿Qué ocurre si usted tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (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 ADAP califican para la ayuda de costos compartidos de recetas médicas del Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP), Teléfono: (888) 826-6565. 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 está inscrito actualmente en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costo compartido en los medicamentos recetados de Medicare Parte D en el formulario del ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su encargado de inscripciones locales de ADAP acerca de cualquier cambio en su número de póliza o nombre del plan de Medicare Parte D. Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP), Teléfono: (888) 826-6565.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos para el VIH/SIDA de Michigan (MIDAP), Teléfono: (888) 826-6565.

¿Y si obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

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

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

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

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

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

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
LLAME AL	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 tiene un teléfono de tonos, al presionar "1", podrá 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.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.

Método	Junta de Retiro Ferroviario – Información de contacto
	Las llamadas a estos números *no* son gratuitas.
SITIO WEB:	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de retiro (o el de su cónyuge) 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 sobre los beneficios o las primas de salud de su empleador o de jubilados (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). 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 o los periodos de inscripción para hacer un cambio.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge) 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 la cobertura del plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

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

SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer sobre cómo obtener cobertura para atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 39

Sección 1.1 Definición de "proveedores de la red" y "servicios cubiertos" 39

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan 39

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

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

Sección 2.2 Tipos de atención médica y otros servicios que usted puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP 43

Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 43

Sección 2.4 Cómo recibir atención médica de proveedores fuera de la red 44

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 45

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica 45

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente 46

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre 46

SECCIÓN 4 Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los gastos totales de los servicios cubiertos 47

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 47

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan? 47

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

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

Sección 5.2 Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿a quién le corresponde pagar cada gasto? 48

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una "institución no médica religiosa dedicada a la atención médica" 49

Sección 6.1 ¿Qué es una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica? 49

Sección 6.2 Obtener atención médica en una institución religiosa de salud no médica 50

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 50

Sección 7.1 ¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos según nuestro plan? 50

SECCIÓN 8 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno 51

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 51

Sección 8.2 ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 51

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Medicare Original? 52

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

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

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

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

A continuación definimos ciertos términos para que entienda cómo puede recibir la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros, en el cual aceptan nuestro pago y la suma de sus costos compartidos 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, no tendrá que pagar o pagará solo la parte que le corresponde del costo por los servicios cubiertos.
- Los **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, servicios de salud, suministros y equipos cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare y Medicaid, Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los cubiertos por Original Medicare.

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

- **La atención médica que recibe se incluye en la Tabla de beneficios del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria**. “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.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - 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 hay otros tipos de atención que puede obtener sin contar con 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. *Estas son tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto, y para ver qué significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - 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 Servicios para Miembros para obtener asistencia (la información de contacto se encuentra al dorso 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. En esta situación, cubriremos estos servicios como si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan.

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

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

Definición de "PCP" y qué tipo de servicios presta un PCP

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de la red, que será su proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP puede ser un médico, una enfermera especializada u otro profesional de atención médica que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los profesionales de la salud 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 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:

- Radiografías
- Pruebas de laboratorio
- Terapias
- Cuidado de médicos especialistas
- Admisiones al hospital
- Cuidado 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/farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con el Departamento de 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 al consultorio del nuevo PCP. De esta manera, su PCP tendrá acceso a su expediente médico y estará al corriente de cualquier condición médica existente que usted pueda tener. Ahora su PCP es 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.

Cambio de 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 tiene una Política de continuidad de cuidado (COC) que le permite tener acceso continuo a profesionales 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 tiene un equipo médico duradero (Durable Medical Equipmen, DME): Molina asegurará un acceso continuo a reparaciones y DME necesarios 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 periodo más largo, de ser necesario, para una transferencia segura con otro proveedor.

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 y su proveedor médico o centro, considerando los siguientes avisos:

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

Excepciones a la política:

1. El personal de Molina Medicare puede extender el periodo de 90 días si fuera necesario para satisfacer alguna necesidad excepcional que pudiera tener.
2. Molina no aprobará la continuación de la atención por parte de un proveedor externo si:
   - Usted solo requiere el control de una afección crónica.
   - La interrupción del contrato con el 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 que no forma parte de la red se inició **después** de que usted se inscribió en Molina.

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

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

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

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales.
- Vacunas contra la gripe, hepatitis B y neumonía.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Servicios requeridos urgentemente obtenidos de proveedores de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda tener acceso a ellos temporalmente o, p. ej., cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan
- 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 el Departamento de 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. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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 se ocupan de los 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 se retira de nuestro plan?

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

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

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

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 cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

Definición de "emergencia médica" y cómo proceder en caso de tener una emergencia médica

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 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.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o concurra a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. *No* es necesario obtener primero la aprobación ni la remisión médica de su PCP.
- **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 al Departamento de 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

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

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.

Si tiene una emergencia, consultaremos con los médicos que le proveen atención de emergencia para ayudar a controlar la atención que recibe y realizar un seguimiento de ella. Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su 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. 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"?

Los "Servicios requeridos urgentemente" son enfermedades, lesiones o afecciones médicas imprevistas, que no son de emergencia, que requieren atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, un brote imprevisto de una afección conocida que usted tiene.

¿Qué sucede cuando está en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de atención?

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

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede obtener cuidados de urgencia usando cualquier centro de atención médica urgente disponible. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermeras al (888) 275-8750 para usuarios de habla inglesa y española. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Qué sucede cuando usted está fuera del área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

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

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 el siguiente sitio web: MolinaHealthcare.com/Medicare para obtener información acerca de cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó por sus servicios cubiertos o si pagó una suma mayor a la que corresponde a su costo compartido en los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos un servicio o atención médica que desee obtener, tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a pedir esto por escrito. Si le informamos que estos servicios no están cubiertos, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

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

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. fSi 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 propio bolsillo. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar cuánto es el límite aún disponible de sus beneficios.

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. Prueban nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos en voluntarios que se ofrecen para ayudar en el estudio. Este tipo de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a analizar la eficacia y seguridad de un nuevo enfoque.

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

Una vez que Medicare o nuestro plan haya aprobado el estudio, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para el estudio, comprenda completamente *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. 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 un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

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

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) para informar que participará en un ensayo clínico y para que obtenga detalles más específicos sobre lo que el plan pagará.

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

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

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

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

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

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

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

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

Más información

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

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

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

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

servicios de internación de la Parte A (servicios de atención que no sean médicos). Medicare solo pagará por servicios no médicos de atención médica brindados por instituciones no médicas religiosas de atención médica.

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 dedicada a la 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* – Pueden aplicarse las limitaciones de cobertura de internación en un hospital de Medicare (consulte el beneficio del Capítulo 4).

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

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

Sección 7.1 ¿Será 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 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 del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), usted no se convertirá en propietario del equipo médico duradero alquilado, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Solo en determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) para obtener información sobre los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe suministrar.

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

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

Si realizó menos de 13 pagos por el equipo médico duradero conforme a Original Medicare *antes* de inscribirse en nuestro plan, esos pagos anteriores tampoco cuentan para estos 13 pagos consecutivos. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para ser propietario del artículo. No hay excepciones para este caso cuando regresa a Original Medicare.

SECCIÓN 8 Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno

Sección 8.1 ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, entonces durante el tiempo que esté inscrito, Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 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 Complete Care (HMO SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto al propietario.

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

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es $0 o 20% del costo por DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP).

Sección 8.3 ¿Qué sucede si usted abandona su plan y luego vuelve a Medicare Original?

Si vuelve a Medicare Original, entonces comenzará un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó el alquiler del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), se inscribió en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) durante 12 meses, y luego vuelve a Original Medicare, usted pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) y luego vuelve a Original Medicare, usted pagará el costo compartido total de la cobertura del equipo de oxígeno.

CAPÍTULO 4

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

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

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos 55

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar para sus servicios cubiertos 55

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan? 55

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

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B? 56

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

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios* para saber lo que está cubierto para usted y cuánto pagará 58

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

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)? 108

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 108

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 108

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones) *O* Medicaid 108

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

En este capítulo, se detallan los servicios que están cubiertos y lo que usted paga por ellos. Se incluye una Tabla de Beneficios en la que se enumeran los servicios cubiertos y se indica el monto que debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de gastos de su bolsillo que podría pagar para sus servicios cubiertos

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

- El **"deducible"** es la suma que usted debe pagar por los servicios médicos antes de que se comience a pagar su parte a través de nuestro plan.(En la Sección 1.2, se ofrece más información acerca de los deducibles de su plan.) (La Sección 1.3 le brinda más información sobre sus deducibles para determinadas categorías de servicios).
- 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 de la Sección 2, encontrará más información sobre sus 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 de la Sección 2, encontrará más información sobre su coseguro).

Si usted recibe asistencia de costos compartidos de Medicare con Medicaid, es posible que no deba pagar los servicios cubiertos dependiendo de su nivel de Medicaid, siempre y cuando siga las reglas del plan para obtener su atención médica porque usted recibe asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare Parte A y B para compartir costos de Medicare.

Sección 1.2 ¿Cuál es su deducible del plan?

Su deducible es $0 o $198 en 2020. Esta suma puede ser modificada para 2021. Esta es la suma que deberá pagar de su bolsillo antes de que paguemos nuestra parte por los servicios médicos cubiertos. Hasta que haya pagado la suma deducible, usted deberá pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte del monto de copago o coseguro por el resto del periodo de beneficios.

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

Servicios y suministros para diabéticos
Beneficios de salud y bienestar suplementarios elegibles
Atención de emergencia
Exámenes de los ojos/elementos para la vista (suplementarios)
Exámenes auditivos/Aparatos auditivos (suplementarios)

Servicios médicos domiciliarios
Servicios hospitalarios de cuidado intensivo para pacientes internados
Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados
Servicios de educación para enfermedades del riñón
Comidas
Otros servicios médicos preventivos cubiertos por Medicare
Medicamentos de venta libre
Medicamentos recetados
Servicios médicos preventivos
Servicios de cuidado dental integral y preventivo
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)
Servicios de transporte
Servicios requeridos urgentemente
Cobertura de emergencias/urgente internacional

Si usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no tendrá deducibles.

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

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

- Nuestra suma de deducible anual para la atención en hospital para pacientes internados es de $0 o de un deducible de $1,408 para los días 1 a 60 (la suma 2020 de un deducible de $1,408 para los días 1 a 60 puede cambiar para el 2021). Hasta que haya pagado la suma deducible, deberá pagar el costo total de los servicios de atención en hospital para pacientes internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (la suma de su copago) por el resto del periodo de beneficios.
- Nuestra suma de deducible anual para la atención mental para pacientes internados es de $0 o de un deducible de $1,408 para los días 1 a 60 (la suma 2020 de un deducible de $1,408 para los días 1 a 60 puede cambiar para el 2021). Hasta que haya pagado la suma deducible, deberá pagar el costo total de los servicios de atención en hospital para pacientes psiquiátricos internados. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios y usted pagará su parte (la suma de su copago) por el resto del periodo de beneficios.

Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare bajo Medicaid, no tendrá deducible.

Sección 1.4 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?

Nota: debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la 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 bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (ver la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina suma máxima de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), la suma máxima que deberá pagar de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2021 es $7,550. Las sumas que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos 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 usted alcanza la suma máxima de su bolsillo de $7,550, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando su prima 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 1.5 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen “facturaciones de saldo”

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

Este factor de protección funciona de la siguiente manera.

- Si la suma del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido 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).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión).
- Si usted cree que un proveedor le ha realizado una “facturación de saldo”, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

No permitimos que los proveedores le facturen a usted por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Si usted recibe una factura de un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios* para saber lo que está cubierto para usted y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En la Tabla de Beneficios de las siguientes páginas, se enumeran los servicios cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipo) *deben* ser 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.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta. Para obtener más información sobre los requisitos para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubrimos servicios de proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que 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”. Para obtener más información sobre cómo obtener una remisión y sobre los casos en los que no necesita una, consulte el Capítulo 3.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios con un signo +.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare, incluidos los servicios hospitalarios para pacientes internados y los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Medicaid también cubre los servicios que Medicare no cubre, como los servicios de planificación familiar.

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, revise su manual *Medicare y Usted 2021*). Véalo en línea en 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.
- A veces, Medicare aumenta la cobertura a través de Medicare Original para nuevos servicios durante el año. Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante 2021, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.
- Si está en el periodo de seis (6) meses de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos que correspondan del plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, Molina Medicare ofrece un periodo de gracia de seis (6) meses de Pérdida de Medicaid (LOM, por sus siglas en inglés) que deja a los miembros tiempo suficiente para volver a solicitar Medicaid y reintegrarse si todavía califican. Durante el periodo de gracia de LOM el miembro se mantiene en su totalidad y su costo compartido de la Parte C y el costo compartido de bajos ingresos de la Parte D (LICS)/ subsidio de prima de bajos ingresos (LIPS) permanecen como si no tuvieran ningún cambio. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios suplementarios y básicos no cambian durante este período.

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

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

Tabla de beneficios

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal* 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 consultas en 90 días cubiertas para beneficiarios de Medicare bajo las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:	Usted paga $0 o 20% del costo por cada tratamiento cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Dolor con una duración de 12 semanas o más; • No específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está asociado con una intervención quirúrgica; y • No está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora.	
Servicios de ambulancia +	
• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros cuyas condiciones médicas son tales que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	Usted paga $0 o 20% del costo por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare. Se necesita una autorización previa únicamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia. Si necesita atención de emergencia, marque 911 y solicite una ambulancia. Refiérase a “Cobertura Internacional de Emergencia/ Urgencia” en esta tabla si necesita transporte de emergencia en ambulancia fuera de los Estados Unidos.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen físico anual (suplementario)* El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para servicios adicionales de examen físico que sólo 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 condición física.	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.
Consulta preventiva anual* 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. Nota: su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura para consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.
Mediciones de masa ósea* Para 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías)* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 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.	
Servicios de rehabilitación cardíaca +	
Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Usted paga $0 o 20% del costo por consulta por los servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) cubiertos por Medicare en un entorno de atención primaria como el consultorio de su doctor. Su costo compartido de hospital para pacientes ambulatorios se aplica si estos programas se ofrecen en un ámbito ambulatorio hospitalario. Consulte "Servicios de atención ambulatoria en hospital" en la tabla para acceder a más información. Se aplica el máximo del plan: • Hasta 36 sesiones en 36 semanas. • No más de 2 sesiones de una hora por día.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)* Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.
Detección de enfermedades cardiovasculares* Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: Se cubren pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses • 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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Usted paga $0 o 20% del costo por consulta para estos servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios quiroprácticos (suplementarios)*	
Usted tiene acceso a servicios destinados a permitir el alivio de dolores, inflamaciones, hinchazones y/o adormecimientos en las piernas y los pies cuando uno o más de los huesos de su columna se descolocan de su posición. Puede recibir tratamientos de manipulación manual para subluxaciones de la columna (limitados a ciertos procedimientos). Este beneficio cubre los mismos servicios que el beneficio quiropráctico cubierto por Medicare anterior, pero no requiere el mismo diagnóstico. Con este beneficio también puede recibir tratamientos de manipulación manual para subluxaciones de la columna. Para saber si el servicio que necesita está cubierto por Medicare o cubierto por este beneficio suplementario, comuníquese con su proveedor de la red.	Usted paga $0 por estos servicios. Aplica el máximo del plan de hasta 20 visitas por cada año natural.
Examen de detección de cáncer colorrectal* Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopía flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes cada 12 meses: • Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guaiac (gFOBT, por sus siglas en inglés) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses. Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopía.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios dentales (cubiertos por Medicare) + En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos los siguientes beneficios: Beneficios dentales adicionales que Medicare Original no cubre. Estos beneficios se detallan por separado a continuación en la categoría de Servicios dentales (suplementarios).	Usted paga $0 por estos servicios dentales cubiertos por Medicare.
Servicios dentales (suplementarios) * + Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de $2,500 cada año natural para todos los servicios dentales integrales y suplementarios, incluidas las dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios. Solo los servicios enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos y/o frecuencia de los servicios). • Exámenes bucales ◦ Hasta 2 cada año natural; ya sea D0120, D0150 o D0180. D0150 y D0180 permitidas una vez en la vida por proveedor. • Radiografías dentales ◦ Hasta 4 series cada año natural; ya sea D0272 o D0274. ◦ Hasta 6 radiografías periapicales cada año natural (D0220, D0230). ◦ D0330 se permite una vez cada 5 años naturales. Si se toma una radiografía de boca completa (D0330) usted no podrá tomarse radiografías de aleta de mordida (D0272 o D0274) dentro del mismo año natural. • Profilaxis (Limpiezas) ◦ Hasta 2 cada año natural (D1110).	Usted paga $0 por estos servicios. No todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista pueden estar cubiertos. Solicite al dentista que le indique lo que el plan pagará y lo que usted tendrá que pagar de su bolsillo. Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima. Los servicios solo están disponibles cuando son proporcionados por dentistas contratados dentro de la red. Si recibe atención de un proveedor dental fuera de la red, debe pagar su propia atención. Para encontrar un proveedor dental dentro de la red cerca de usted: • Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros, o

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Tratamiento con flúor ◦ Hasta 2 por cada año natural (D1206, D1208). • Periodoncia (Destartraje profundo) ◦ Hasta 4 cuadrantes cada 2 años naturales. La cobertura incluye cualquier combinación de D4341 o D4342. • Periodoncia (Desbridamiento) ◦ Hasta 1 cada año natural (D4355). ◦ Hasta 2 cada año natural (D4910). • Servicios de restauración (rellenos) ◦ Hasta 6 restauraciones o 12 superficies cada año natural de cualquiera de los códigos ADA de restauración basada en resina o amalgama (D2140-D2161, D2330-D2335, y D2391-D2394). • Extracciones (simples) ◦ Hasta 8 cada año natural (D7140). • Extracciones (quirúrgicas) ◦ Hasta 3 cada año natural (D7210-D7241). • Incisión y drenaje ◦ Hasta 1 por diente durante la vida, ya sea D7510, D7511 o D7520, D7521. • Coronas y Reparación de Corona ◦ Hasta 2 cada año natural; una vez cada 5 años por diente (D2510-D2540, D2542-D2544, D2620, D2630, D2642-D2644, D2650-D2652, D2662-D2664, D2710-D2722, D2740, D2751, D2752, D2781-D2783, D2790-D2794, D2799, D2951-D2954, D2980). • Endodoncias / Tratamientos de conducto ◦ Hasta 1 por diente, cada año natural (D3220, D3310-D3330, D3410, D3421, D3425, D3426). • Dentaduras postizas	• Busque en línea – usando nuestra herramienta de búsqueda en línea para proveedores dentales suplementarios en MolinaHealthcare.com/Medicare No se requiere una referencia de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para este beneficio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Hasta 1 dentadura postiza (completa o parcial) cada 3 años naturales; hasta el monto máximo de la cobertura anual del plan (D5110-D5140, D5211-D5214, D5225, D5226). • Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas ◦ Hasta 4 cada año natural (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761). • Tratamiento paliativo de emergencia ◦ Hasta 4 cada año natural (D9110). • Anestesia (sedación profunda e intravenosa) ◦ Cubierto con cirugía oral (D9222, D9223, D9239, D9243). Estos códigos pueden ser actualizados por la Asociación Dental Americana (ADA) durante el año. Si tiene alguna pregunta acerca de un código dental ADA, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Su número de teléfono se encuentra en el reverso de este folleto y en la parte trasera de su tarjeta de identificación de miembro del plan. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa. Su proveedor se encargará de tramitar cualquier autorización que el plan requiera para usted.	
Examen de detección de depresión* Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Prueba de detección de diabetes* Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes y suministros * Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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. + ◦ Monitores de glucosa (azúcar) en sangre - Cubiertos cuando su médico los receta para que usted los use en casa. - Los monitores de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. ◦ Tiras de prueba de glucosa (azúcar) en la sangre - Las tiras de prueba de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. - Pueden ser limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte. ◦ Insulina - No cubierto bajo Medicare Parte B. Puede estar cubierto bajo Medicare Parte D.	Usted paga $0 si califica para zapatos terapéuticos • para diabéticos o plantillas cubiertos por Medicare. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes. Usted paga $0 por suministros diabéticos cubiertos. Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo. Su costo compartido y su deducible de Medicare Parte D pueden aplicarse a los suministros para diabéticos cubiertos bajo su cobertura de Medicare Parte D. Consulte “Medicare Parte D” en este folleto. El costo compartido se puede aplicar a una bomba de insulina según su beneficio de equipo

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
- Si utiliza una bomba de insulina externa, la insulina y la bomba pueden estar cubiertas como equipo médico duradero (DME). Sin embargo, es posible que los proveedores de bombas de insulina no suministren insulina. ◦ Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: Un par de zapatos ortopédicos a medida por año natural (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. + • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.+ • Los servicios diabéticos cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: ◦ Examen de la vista y pruebas de glaucoma anuales ◦ Exámenes de los pies ◦ Servicios de terapia de nutrición médica (MNT) + Cubrimos suministros para diabéticos de un fabricante preferido sin autorización previa. Cubriremos otras marcas si obtiene una autorización previa de nosotros.	médico duradero. Consulte "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" en esta tabla. Consulte "Cuidado para la visión" en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte "Servicios de podología" en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte "Terapia de nutrición médica" en esta tabla si es diabético y necesita servicios de terapia de nutrición médica (MNT).
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados + (La definición de "equipo médico duradero" se incluye en el Capítulo 12 de este folleto). 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. 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 MolinaHealthcare.com/Medicare.	Usted paga $0 o 20% del costo por DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Su parte de los costos puede ser menor si va a un proveedor preferido.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención médica de emergencia	
La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de 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 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. 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. Como beneficio adicional, 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.	Usted paga $0 o 20% del costo, hasta $90 por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Usted no paga esta cantidad si es admitido al hospital dentro de las siguientes 24 horas por la misma condición. Si es admitido en un hospital, pagará el costo compartido según se describe en la “Atención en hospital para pacientes internados” en esta tabla. Su costo compartido es el mismo para los servicios de emergencia dentro de la red o fuera de la red. 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 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. Los gastos de su bolsillo son el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	La atención de emergencia fuera de los 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 emergencia/urgencia" en esta tabla para obtener más información.
Beneficio de acondicionamiento físico (Suplementario) *	
Proporcionamos una membresía a centros de acondicionamiento físico participantes y a un programa de acondicionamiento físico en casa para miembros que no pueden visitar un centro de acondicionamiento físico o prefieren ejercitarse en casa, a través del programa Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise. Si usted elige hacer ejercicio en un centro de acondicionamiento físico participante, puede inscribirse en la página web SilverandFit.com o en el centro de acondicionamiento físico participante. Si decide hacer ejercicio en un gimnasio participante y tiene un cuidador, puede traerlo con usted para que le ayude a usar los servicios y los equipos del gimnasio. Si usted elige hacer ejercicio con el programa de ejercicio físico en el hogar, puede escoger de una variedad de kits cada año natural hasta 2 kits de gimnasio en el hogar y 1 kit para mantenerse activo en la comodidad de su casa. No importa cuál sea su elección, como miembro Silver&Fit también tendrás acceso a más de 1,500 videos con ejercicios en el sitio web Silver&Fit y a través de la aplicación para celulares Silver&Fit ASHConnectTM. Disfrute a diario de las clases en Facebook Live y en el canal de YouTube de Silver&Fit. Recursos digitales adicionales, tales como clases de Healthy Aging, un boletín trimestral y recompensas por haber alcanzado nuevas metas. También podrá tener acceso a capacitaciones telefónicas. Los centros de acondicionamiento físico participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la resistencia y la	Usted paga $0 por estos servicios. No se requiere referencia o autorización previa para usar este beneficio. Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
fortaleza muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. **Opciones de inscripción:** • Vaya a SilverandFit.com y regístrese para usar el sitio web. Luego de inscribirse, puede navegar por la biblioteca de clases de acondicionamiento físico en línea, localizar un gimnasio cercano o inscribirse en el programa de ejercicios para el hogar. • También puede llamar de manera gratuita al (877) 427-4711, TTY/TDD: 711), de lunes a viernes de 5 a. m. a 6 p. m. (Hora del Pacífico) excepto los días festivos para encontrar un centro de acondicionamiento físico participante o para inscribirse en el programa Home Fitness. * Los servicios no estándares que requieren un costo adicional no son parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit y ASHConnect son marcas comerciales de ASH y se utilizan con autorización en este documento. Los kits están sujetos a cambios. Otros nombres o logotipos pueden ser marcas comerciales de sus respectivos propietarios. Los gimnasios y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.	
Programas educativos sobre salud y bienestar* **Programas de Promoción de la Salud** Tenemos programas disponibles para ayudarle a manejar una condición médica diagnosticada. Los programas incluyen: • Control del asma. • Control de la depresión. • Control de la diabetes. • Control de la presión arterial alta. • Control de enfermedades cardiovasculares (CVD). • Control de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC). • Programa para embarazadas.	Usted paga $0 por estos servicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Se dispone de materiales de aprendizaje y datos útiles para su cuidado. También le podemos ayudar a trabajar con su proveedor. Inscripción en programas de administración de la salud: • Se le inscribe automáticamente en el/los programa(s) que responde(n) mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia. • También se puede inscribir a través de su proveedor o auto-referencia. Hay ciertos requisitos que debe cumplir para inscribirse. Cancelación de la inscripción a Programas de Administración de la Salud: • Estos programas son voluntarios y usted puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento. Puede obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas anteriores llamando a nuestro Departamento de Administración de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m. (hora estándar del Pacífico). **Programa de Promoción de la Salud** Otros programas diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida también están disponibles, tales como: • Un programa para dejar de fumar. • Un programa para el control de peso. Para obtener información y/o materiales para dejar de fumar o controlar el peso, llame al (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m. (hora estándar del Pacífico). **Asesoría nutricional/dietética** Consulte el beneficio “Asesoramiento nutricional (suplementario)” en esta tabla. **Línea de Consejos de Enfermeras** Ya sea que usted tenga una preocupación de salud inmediata, preguntas acerca de una condición médica, o si desea información general acerca de los recursos de salud disponibles, la línea de consejos de enfermeras está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermeras es: (888) 275-8750, (TTY/TDD: 711) 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. Llame a cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera registrada acerca de sus enfermedades o heridas. • No es necesario contar con una derivación o autorización previa Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.	
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)	
Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando son realizadas por un médico, un audiólogo u otro proveedor aprobado. Los exámenes diagnósticos auditivos y equilibrio cubiertos por Medicare se realizan para determinar si necesita o no tratamiento médico. El examen se basa solamente en una necesidad médica, como una pérdida auditiva debido a un malestar, una enfermedad, lesión o cirugía.	Usted paga $0 o 20% del costo para los servicios auditivos cubiertos por Medicare.
Servicios auditivos (suplementarios) *	
Además de los servicios auditivos cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año natural. Después del examen auditivo de rutina, se le podría medir para un audífono. • El ajuste/evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año natural.. Si necesita un aparato auditivo, puede recibir hasta 2 aparatos auditivos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada año natural, para ambos oídos combinados. +	Usted paga $0 por un examen auditivo de rutina. Si necesita un aparato auditivo, paga $0 por el ajuste/evaluación de estos y $0 por los aparatos auditivos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de VIH* Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.
Agencias de atención médica a domicilio + Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	Usted paga $0 por estos servicios. 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 Medicare Original.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de infusiones en el hogar	
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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente no están cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • 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	Usted paga $0 o 20% de los costos por los servicios de terapia de infusiones en el hogar cubiertos por Medicare.
Cuidados paliativos*	
Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para recibir los beneficios del centro de cuidado paliativo cuando su médico y el director médico del centro de cuidado paliativo le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor. • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo • Atención a domicilio <u>Para servicios de centros de cuidado paliativo y para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal</u>: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios de cuidado paliativo relacionados con su afección terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Medicare Original los servicios pagados por Medicare Original.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, Medicare Original y no Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son requeridos urgentemente, que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que use un proveedor que forme parte de la red de nuestro plan: • Si recibe servicios cubiertos por un proveedor de la red, solamente paga la suma de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método "pago por cada servicio" de Medicare (Medicare Original). Para servicios que están cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), pero no por Medicare Parte A o B: Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios. Para medicamentos que se encuentren cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: 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 (*Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare*). **Nota:** si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para los miembros con enfermedades terminales que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	
Inmunizaciones* Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Inyección contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones adicionales si es médicamente necesario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y Hepatitis B.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Parte B. También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información sobre la cobertura y el costo compartido aplicable.	
Atención en hospital para pacientes internados +	
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Usted paga la suma de costos compartidos de Original Medicare 2021 por periodo de beneficios, que se determinará por Medicare en el otoño de 2020. El costo compartido de 2020 es $0 o: • $1,408 de deducible para los días 1 a 60 • $352 de copago por día para los días 61 a 90 • $704 de copago por día luego de 90 días por cada día de reserva de por vida (puede decidir usar hasta 60 días durante su vida) • Todos los costos más allá de sus días de reserva de por vida de Medicare Estos son montos de costos compartidos para 2020 y pueden cambiar para el año 2021. Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) proporcionará tasas

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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 una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) 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. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera • Servicios de médico **Nota:** para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de su estatus, ya sea como paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	actualizadas tan pronto como sean publicadas. Aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios que pueda tener. Si a usted lo internan a fin de año y no le dan el alta hasta el año siguiente, su beneficio y gasto compartido se basan en el año en el que fue internado. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Atención mental para pacientes internados +	
Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención mental que requieren internación en hospital. • 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. • 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. • 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. • El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. • No hay límite en la cantidad de periodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios periodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite de por vida de 190 días. Medicare no cubre: • Servicios privados de enfermería • Un teléfono o televisor en su habitación • Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria)	Usted paga la suma de costos compartidos de Original Medicare 2021 por periodo de beneficios, que se determinará por Medicare en el otoño de 2020. El costo compartido de 2020 es $0 o: • $1,408 de deducible por internación • $0 para los días 1 a 60 • $352 de copago por día para los días 61 a 90 • $704 por día por los días 91 en adelante por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida)* • Todos los costos más allá de sus días de reserva de por vida de Medicare Estos son los montos de costos compartidos para 2020 y pueden cambiar para el año 2021. Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios que pueda tener. Si a usted lo internan a fin de año y no le dan el alta hasta el año siguiente, su beneficio y gasto compartido se basan en el año en el que fue internado. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
Hospitalizaciones: Servicios cubiertos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta + Si se le han agotado sus beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable ni necesaria, no cubriremos su estadía de paciente internado. No obstante, en algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de médico • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos	Consulte el beneficio en esta tabla para entender su costo compartido para lo siguiente: • “Servicios de médicos/ proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico” • “Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias” • “Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados” • “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	
Beneficio de comidas (suplementario) * +	
Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un periodo de tiempo. Su Administrador de Casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas afecciones crónicas. El 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 dietética que usted pueda tener. Usted también puede calificar para 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Su Administrador de Casos ordenará sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días laborables) del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de la(s) fecha(s) de entrega.	Usted paga $0 por estos servicios. Aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año natural.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica* Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia 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 natural.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP)* Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos recetados de Medicare Parte B + Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes: • 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 • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia	Usted paga $0 o 20% del costo por cada medicamento recetado de Medicare Parte B. 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. Refiérase al beneficio apropiado en esta tabla: • “Servicios de médicos/ proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico”

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y antieméticos • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, anestésicos tópicos y estimulantes de la eritropoyesis (como Procrit® y Epoetin Alfa) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. También cubrimos algunas vacunas según nuestros beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte B y Parte D. En el Capítulo 5, se explican los beneficios de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que se cubran sus recetas médicas. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.	• "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios"
Asesoramiento nutricional (suplementario) * Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un Formulario para remisión de educación para la salud de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarle. • La intervención telefónica tiene una duración de 30-60 minutos. • Se le entregará información de contacto para obtener información y/o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. Usted también puede obtener hasta 12 sesiones individuales presenciales o grupales cada año natural. Su proveedor le referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.	Usted paga $0 por estos servicios. Si usted también califica para el beneficio de terapia de nutrición médica (MNT) cubierto por Medicare, su cobertura individual o grupal bajo este beneficio puede ser combinada con su cobertura de MNT.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante* Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
Servicios del programa de tratamiento de opioides + Los servicios de tratamiento del trastorno por consumo de opioides están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Si procede, medicamentos para el tratamiento de opioides agonistas y antagonistas aprobados por la FDA y la administración y dispensación de dichos medicamentos. • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología	Usted paga $0 por servicios brindados por un programa de tratamiento de opioides ambulatorio cubierto por Medicare. Usted puede pagar un costo compartido por los medicamentos opioides para tratamiento, la distribución y la administración de esos medicamentos. No se requiere autorización previa para los servicios del programa de tratamiento de opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento de opioides.
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias + Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos	Usted paga el $0 o 20% del costo para los servicios ambulatorios cubiertos por Medicare: • Servicios de radiografía.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones Nota: No hay un cobro separado por los suministros médicos que se usan rutinariamente en el curso de una visita al consultorio y que están incluidos en los cobros del proveedor por esa visita (tales como vendas, bastoncillos de algodón y otros suministros de rutina). Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran por separado (por ejemplo, los agentes químicos utilizados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a costos compartidos como se muestra. • Pruebas de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera. • 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. • 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). No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.	• Los servicios radiológicos terapéuticos como el tratamiento con radiación (radio e isótopos) para el cáncer, incluidos los materiales y suministros técnicos. • Suministros médicos y quirúrgicos, tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de diagnóstico no radiológicas para pacientes ambulatorios (tales como electrocardiogramas, electroencefalogramas y estudios del sueño). • Servicios radiológicos de diagnóstico tanto no complejos (ultrasonido y radiografías con contraste) como complejos (tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones). • Servicios de laboratorio. • Sangre (incluidas su conservación y administración). Consulte “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla si necesita estos servicios en el departamento de servicios ambulatorios del hospital.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	
Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios 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. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por los servicios de atención hospitalaria ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Usted paga $0 o 20% del costo por cada día de servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios. A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted deberá pagar las sumas de costo compartido por servicios de atención hospitalaria ambulatoria o cirugía ambulatoria. Consulte estos y otros beneficios en esta tabla para obtener más información: • "Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios" • "Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios provistos en centros hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria" • "Atención en hospital para pacientes internados"
Servicios de atención ambulatoria en hospital +	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	Usted paga $0 o 20% del costo cada vez que requiera servicios hospitalarios ambulatorios. Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios están cubiertos bajo otros beneficios en esta tabla. Consulte estos y otros beneficios cuando se ofrece atención en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por los servicios de atención hospitalaria ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare titulada "¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja de datos está disponible en la página web en www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.	• "Atención de emergencia" • "Cobertura internacional de emergencia/urgencia" • "Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias" • "Cirugías ambulatorias provistas en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios" • "Hospitalización parcial"
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	Usted pagará $0 o el 20% 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Su cobertura de salud mental para pacientes ambulatorios de Medicare incluye: • Un examen de detección de depresión cada año natural. 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. • Psicoterapia individual y grupal con médicos o ciertos profesionales licenciados permitidos por el estado donde usted recibe los servicios. • Asesoría familiar, si el propósito principal es ayudarlo con su tratamiento. • Pruebas para ayudar a determinar si usted está recibiendo los servicios que necesita y si su tratamiento actual le está ayudando. • Evaluación psiquiátrica. • Administración de medicamentos.	Consulte "Examen de detección de depresión" en esta tabla para su examen de detección anual de depresión. Consulte "Hospitalización parcial" en esta tabla si necesita este tratamiento de salud mental ambulatorio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación ambulatorios +	
Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	Usted paga $0 o 20% del costo por cada terapia física (PT) ambulatoria médicamente necesaria, terapia ocupacional (OT) y/o visita al fonoaudiólogo (SP).
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	
Cubrimos atención médica ambulatoria para el tratamiento de la dependencia de drogas o alcohol, sin el uso de medicamentos farmacéuticos. Los servicios pueden incluir servicios ambulatorios intensivos así como también asesoramiento tradicional.	Usted paga $0 o 20% del costo por: • Cada consulta de terapia individual o grupal ambulatoria cubierta por Medicare. • Cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios + **Nota:** en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".	Usted paga $0 o 20% del costo por cada cirugía ambulatoria cubierta o por cada día de observación, que incluye, sin limitación, los cobros de hospital u otro centro y los cargos médicos o quirúrgicos. El costo compartido adicional se aplica para medicamentos recetados de Medicare Parte B (como quimioterapia), pruebas de diagnóstico, pruebas de laboratorio y/o radiografías que recibe durante una visita a un hospital ambulatorio o a un centro quirúrgico ambulatorio. Consulte "Medicamentos recetados de Medicare Parte B" y "Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias" en esta tabla.
Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementarios)* Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre sin receta médica como vitaminas, bloqueadores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío y vendas. Puede ordenar: 1. **En línea** – visite MolinaHealthcareOTC.com 2. **Por Teléfono** – llame gratuitamente a un representante de OTC al (866) 420-4010 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 11 p. m. (hora estándar del Este), excluyendo días festivos 3. **Por correo** – complete y devuelva el formulario de pedido de medicamentos de venta libre (OTC) en el catálogo de productos OTC.	Usted paga $0 por estos servicios. Usted tiene $330 cada trimestre (3 meses) para gastar en productos OTC aprobados por el plan. Los periodos trimestrales de beneficios OTC son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre. Si no utiliza toda la suma de su beneficio trimestral de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
4. **Por la aplicación móvil (aplicación móvil)** – descargue nuestra nueva aplicación móvil OTC-Anywhere y acceda a la aplicación desde su teléfono inteligente o tableta para realizar su pedido. No hay ningún cargo por descargar o usar la aplicación. Esta nueva aplicación funciona en dispositivos móviles que usan sistemas operativos Apple o Android. 5. **Por tarjeta de débito/minorista**: llame a un representante de OTC, al número de teléfono gratuito mencionado anteriormente, para solicitar una tarjeta de débito OTC. Le enviaremos por correo su tarjeta de débito OTC, junto con las instrucciones de activación. Puede utilizar su tarjeta de débito OTC para comprar productos OTC aprobados en cualquier tienda de Walmart. Si pierde su tarjeta o se la roban, llame al servicio de atención al cliente de OTC para solicitar una tarjeta de reemplazo. Cuando realice su pedido en línea, por teléfono, por correo o mediante la aplicación móvil, este se enviará a la dirección que proporcione al realizar el pedido. El envío no le costará nada. Consulte su Catálogo de artículos OTC 2021 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a un representante de OTC para obtener más información. Encontrará información importante que debe considerar (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC 2021.	medicamentos OTC al hacer su pedido, el saldo restante se transferirá al siguiente periodo de beneficio de medicamentos OTC, lo que le dará más dinero para gastar la próxima vez que haga un pedido. Asegúrese de gastar cualquier suma de beneficio OTC no utilizada al final del año, ya que vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios.
Servicios de hospitalización parcial +	
"Hospitalización parcial" 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 o terapeuta y es una alternativa a la internación en el hospital.	Usted paga $0 o 20% del costo por cada día que califique para servicios cubiertos de hospitalización parcial. Debe cumplir con ciertos requisitos para calificar para cobertura y su médico debe certificar que usted de lo contrario necesita tratamiento como paciente hospitalizado. Este tratamiento se administra durante el día en el departamento ambulatorio de un hospital o en un centro comunitario de salud

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	mental y no requiere que se quede a pasar la noche.
Sistema personal de auxilio para emergencias (PERS) (Suplementario)* PERS es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia. Si califica, se le entregará un dispositivo móvil, un celular o un dispositivo de línea fija y un pequeño colgante que debe usar en todo momento. El colgante se puede usar en el cuello, la muñeca o en el cinturón. Con sólo presionar un botón, se conectará con un representante del Centro de Atención de la compañía de monitoreo. Los operadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y permanecerán en línea con usted en caso de emergencia. Ya sea que necesite un servicio médico urgente o un miembro de la familia para ayudarlo, el representante del Centro de Atención de clientes le ayudará a conseguir la ayuda que necesita. Su Administrador del Caso decidirá si califica para este beneficio. Se requiere autorización previa. Como un beneficio adicional al monitoreo de necesidades estándar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los miembros calificados también recibirán los niveles de servicio PERSPlus. Con su dispositivo móvil o del hogar de PERS, puede activar un botón en el caso de alguna necesidad no emergente. Si se siente solo o desea hablar con alguien; si necesita ayuda para programar su cita con el médico, organizar el transporte; o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, el representante del Centro de Atención lo ayudará y podrá conectarlo con el Servicio para Miembros de Molina o con su Administrador de Casos para obtener la asistencia que necesita.	Usted paga $0 por estos servicios.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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+ • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y equilibrio básicos realizados por su PCP, si el médico las indica para determinar si requiere tratamiento médico.	**Visitas al consultorio:** • Usted paga $0 para consultas médicas de atención primaria. • Usted paga $0 o 20% del costo para consultas con un especialista. Servicios adicionales de telesalud:

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Algunos servicios de telesalud, incluidos: servicios de atención médica primaria ◦ 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 telemedicina, debe utilizar un proveedor de la red que los ofrezca. ◦ Las visitas 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. Para encontrar un médico que sea participante de Teladoc, llame al (800) 835-2362, (TTY: 711) o visite www.Teladoc.com/Molina para acceder a las consultas virtuales, disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. ◦ Nota: No todas las condiciones médicas se pueden tratar por medio de consultas virtuales. El doctor que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un doctor en persona para recibir tratamiento. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • 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. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Se podrán realizar chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con una duración de 5 a 10 minutos con su doctor, **si se cumplen las siguientes condiciones**: ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible.	• En el caso de las consultas médicas virtuales que ofrece un proveedor de la red que actualmente ofrece los servicios a través de telesalud: Usted paga $0. • Consultas médicas virtuales proporcionadas por Teladoc: Usted paga $0.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Se realizará una evaluación del video y/o las imágenes que envíe a su doctor, se hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento médico a las 24 horas **en los siguientes casos**: ◦ no es un paciente nuevo, **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su doctor tiene con otros doctores por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud **si** usted no es un paciente nuevo. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • 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 al ser provistos por un médico) + • Servicios de monitoreo en el consultorio de un médico o en un ámbito ambulatorio hospitalario si usted está tomando medicamentos anticoagulantes, como Coumadin, Heparin o Warfarin.	
Servicios de podología (cubiertos por Medicare)	
Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado rutinario de los pies para afiliados con determinadas enfermedades que afectan las extremidades inferiores.	Usted paga $0 o 20% del costo por cada consulta con un podólogo cubierta por Medicare.
Servicios de podología (Suplementario) *	
No necesita una condición subyacente para aprovechar este beneficio.	Usted paga $0 por estos servicios.
La cobertura incluye cuidados generales del pie como eliminación de callos, corte de uñas, tratamiento para piel agrietada y otros problemas relacionados con los pies.	Máximo del plan de hasta 6 consultas suplementarias de rutina para el cuidado de los pies cada año natural.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata* Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico. Los exámenes de diagnóstico de PSA están sujetos a costos compartidos según se describe en "Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias" en esta tabla.
Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados + Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y la reparación y/o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte "Cuidado para la vista" más adelante en esta tabla para obtener más información.	Usted paga $0 o 20% del costo por cada dispositivo ortopédico o protésico cubierto por Medicare, incluidos el reemplazo o reparación de los dispositivos y los suministros relacionados.
Servicios de rehabilitación pulmonar + Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Usted paga $0 o 20% del costo por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol* Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.	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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	
Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)* Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 55 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para LDCT durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. ***Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:*** el miembro debe recibir una orden escrita para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas* Cubrimos exámenes de detección para infecciones de transmisión sexual (STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI 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.	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 infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. 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.	
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios, (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de 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). 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 la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.	**Servicios educativos sobre enfermedades renales** • Usted paga $0 por estos servicios. Medicare cubre hasta 6 sesiones durante toda su vida. **Tratamientos de diálisis ambulatorios** • Usted paga $0 o 20% del costo por los servicios de diálisis renal ambulatorios cubiertos por Medicare. **Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados** • Consulte “Atención en hospital para pacientes internados” en esta tabla. **Capacitación para autodiálisis** • Usted paga $0 por estos servicios. **Equipos y suministros para diálisis en el domicilio** • Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” en esta tabla.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	Servicios de apoyo en el hogar • Consulte "Agencias de atención médica domiciliaria" en esta tabla. **Medicamentos de diálisis de Medicare Parte B** • Consulte "Medicamentos recetados de Medicare Parte B" en esta tabla.
Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) + (La definición de "atención en centros de enfermería especializada" se incluye en el Capítulo 12 de este folleto. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se deben administrar como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre (incluidas la conservación y administración). la cobertura comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos/proveedores médicos	Usted paga la suma de costos compartidos de Medicare Original 2021 por periodo de beneficio, que será determinado por Medicare en el otoño de 2020. El costo compartido de 2020 es $0 o: • $0 para los días 1 a 20 • $176 de copago por día para los días 21 a 100 • Todos los costos después de 100 días Estos son montos de costos compartidos para 2020 y pueden cambiar para el año 2021. Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Aplican los periodos de beneficio Medicare. Un periodo de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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. • Una casa de reposo o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios que pueda tener. De conformidad con los pautas de Medicare, usted está cubierto hasta 100 días por cada periodo de beneficios para servicios de hospitalización en un SNF. Los días de reserva de por vida no pueden ser utilizados para abonar su parte del costo posterior a este periodo. No se requiere de una hospitalización previa de 3 días. 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.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)* Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) + La SET está cubierta para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (peripheral artery disease, PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • 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 • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un periodo de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un periodo extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	Usted paga $0 o 20% del costo por las consultas de Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Transporte – no emergencia (suplementario) + *	
Puede usar este beneficio cuando necesite ir y venir a lugares aprobados por el plan. Las ubicaciones aprobadas por el plan son lugares donde puede recibir servicios y atención que cubrimos. Por ejemplo, el consultorio de su médico, el consultorio del dentista y la farmacia son todas ubicaciones aprobadas por el plan. Los transportes a destinos que no sean hospitalarios como supermercados, centros de acondicionamiento físico (gimnasios) y centros para adultos mayores no están cubiertos. **Cómo funcionan los viajes de ida** Los viajes de transporte se cuentan como viajes de ida. Recoger al paciente en una ubicación y dejarlo en otra ubicación es considerado un viaje de ida. Por ejemplo, si usted va al consultorio del médico, y luego al dentista antes de regresar a casa, usted usaría 3 viajes de ida. • 1er viaje de ida: Desde su casa hasta el consultorio de su médico. • 2do viaje de ida: Del el consultorio del médico al consultorio de su dentista. • 3er viaje de ida: Desde el consultorio de su dentista hasta su hogar. Una parada en la farmacia después de una cita médica no se contará como un viaje solo de ida, pero nuestro proveedor de transporte tendrá que conocer con anticipación que tiene que parar en la farmacia. Los viajes hacia y desde la farmacia cuando el viaje no se realiza después de una cita médica, se contarán como 2 viajes de ida. Necesitará autorización previa si viaja más de 50 millas en el caso de un viaje de ida. Llame a nuestro proveedor de transporte o a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con la autorización. Si usted necesita viajar a la misma localidad con frecuencia, y nosotros lo autorizamos, no tendrá que obtener una nueva autorización cada vez. **Cómo programar** Para las citas que hace con anticipación, como visitas al médico o exámenes de la vista: • Tenga a mano el número de identificación de miembro del plan y la información sobre su cita cuando llame.	Usted paga $0 por estos servicios. Su cobertura incluye hasta 30 viajes de ida cada año natural a lugares aprobados por el plan para transporte que no sea de emergencia. Si necesita atención de emergencia, marque 911 y solicite una ambulancia. Consulte la sección "Servicios de ambulancia" en este cuadro para obtener más información sobre el transporte de emergencia.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Debe llamar a la línea de reservas al menos 3 días laborables antes de su cita para reservar un viaje. • Las reservaciones se pueden hacer hasta con 30 días por adelantado. • Las reservaciones para repetir citas para servicios como quimioterapia, radiación, fisioterapia o diálisis se pueden programar durante un periodo de 90 días por vez. • Si va a necesitar ayuda para subir y bajar del vehículo, indique su situación a nuestro proveedor de transporte cuando llame para programar su viaje. • También puede programar y administrar los servicios de transporte con la aplicación móvil Access2Care. Ingrese en la App Store, para iPhone, o Google Play y busque "A2C" para descargarla. Para citas de atención de rutina, urgencia, altas hospitalarias o para averiguar dónde se encuentra su transporte, puede llamar a nuestro proveedor de transporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los viajes a la sala de emergencias o entre salas de emergencia no están cubiertos bajo este beneficio de transporte que no es de emergencia. Sin embargo, un viaje desde la sala de emergencias después del alta de regreso hasta su casa está cubierto. Si necesita una silla de ruedas o bastón, debe traer el suyo. Si usted no tiene una silla de ruedas cuando le den de alta del hospital, comuníqueselo al proveedor de transporte. Si ellos tienen un conductor que tenga una silla de ruedas plegable, harán todo lo posible para ayudarle. De lo contrario, ellos se lo informarán y le darán instrucciones de los pasos a seguir. **Qué puede esperar** • El conductor puede llegar hasta 15 minutos antes o después de la hora programada para recogerlo. • Usted debe estar listo/a para salir en cuanto el conductor llegue. • Si usted llama para que lo lleven después de su cita, el conductor lo recogerá dentro de 60 minutos. • Si el conductor tiene más de 15 minutos de retraso, llame a nuestro proveedor de servicios de transporte para que lo asista. No llame al conductor que lo dejó.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Si necesita cancelar • Si ya no necesita transporte, debe cancelar su reserva con, al menos, 24 horas de anticipación. Si el transporte no se cancela antes de que el conductor haya sido enviado, el transporte se aplicará y se deducirá de su límite de transporte anual. **Tipos de transporte** Tipos de vehículos que se pueden utilizar: • Servicios con un sedán, una van,un taxi o un vehículo compartido, si usted puede caminar. • Un vehículo con elevador de silla de ruedas, si tiene movilidad limitada. El tipo de vehículo para transportarlo dependerá de su movilidad y necesidades físicas. Usted no puede elegir el tipo de vehículo. Si es necesario, nuestro proveedor de transporte puede llamar a su médico para asegurarse de que se envíe el tipo de vehículo correcto para recogerlo. Si usted puede caminar y quiere usar el autobús, dígaselo a nuestro proveedor de transporte y le enviarán un vale de autobús para llegar a su cita. **Reembolso de millas** El reembolso de millas está disponible si usted tiene a alguien que lo lleve y lo traiga a su cita. El reembolso de millas es cuando hacemos que el proveedor de transporte le pague a su(s) conductor(es) por las millas que él lo llevó a lugares aprobados por el plan. Para usar el reembolso de millas en lugar de nuestro proveedor de transporte: • Llame a la línea de reservas antes de su cita e indique que desea usar el reembolso de millas. • Nuestro proveedor de transporte calculará las millas por usted y le enviará a su conductor un cheque dentro de los treinta (30) días naturales posteriores a su transporte completado.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cuando se haya agotado este beneficio suplementario Una vez que se agota este beneficio, si tiene cobertura médica de Medicaid, puede tener acceso a un beneficio de transporte que no sea de emergencia de Medicaid que cubrirá los viajes a su proveedor de atención primaria (PCP) y otros proveedores. Para obtener más información, comuníquese con su asegurador de Medicaid.	
Servicios requeridos urgentemente	
Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica que no es de emergencia, imprevista, que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente. Los costos compartidos para servicios requeridos urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. La atención de urgencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.) puede estar cubierta bajo el beneficio de cobertura internacional de emergencia/urgencia. Consulte “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.	Usted paga $0 o 20% del costo, hasta $65 por cada visita por atención urgente cubierta por Medicare. Se aplica un costo compartido de hasta $65 a su deducible. Su costo compartido no se exime si usted es admitido en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección. Su costo compartido es el mismo para servicios de atención urgente fuera o dentro de la red.
Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispánicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	Usted paga $0 o 20% del costo por: • cuidado para la vista, como exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas, cubiertos por Medicare. Usted paga $0 por: • Un examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año natural si tiene un alto riesgo de glaucoma.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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).	• Un examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare cada año calendario si tiene diabetes. • Un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. • Lentes/monturas cubiertos por Medicare (y reemplazos si es necesario) tras la remoción de cataratas sin un implante de lentes. Nota: Los elementos para la vista cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas son un beneficio limitado y solo se incluyen monturas, lentes o lentes de contacto básicos. Para la cirugía de cataratas que cumple con las necesidades médicas, incluida la extracción de una catarata y la colocación de un lente intraocular cubierto por Medicare, consulte las siguientes secciones en esta tabla para conocer su costo compartido: • Cirugía de cataratas: consulte “Cirugía ambulatoria”.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	• Lentes intraoculares: Consulte "Dispositivos ortopédicos y suministros relacionados". Si los lentes que compra después de una cirugía de cataratas cuestan más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia. Si no ha utilizado toda su asignación suplementaria para la vista, cualquier crédito restante puede utilizarse para pagar la diferencia.
Cuidado para la vista (suplementario)* La cobertura incluye: • Un examen de la vista rutinario cada año natural • Asignación para artículos ópticos Puede usar su asignación para artículos ópticos para comprar: • Lentes de contacto* • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes de anteojos y/o marcos • Mejoras (tales como, lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). * Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos 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 ópticos correctivos que excedan el límite de la asignación para artículos ópticos del plan.	Usted paga $0 por hasta un examen de la vista rutinario y refracción para lentes cada año natural. Usted tiene una asignación de elementos para la vista de $200 cada año natural.
Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" * El plan cubre una consulta 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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".	
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria) * Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta $ 10,000 cada año natural para atención internacional de emergencia/urgente fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia o urgente si la atención se hubiera proporcionado en los Estados Unidos. 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. 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. 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 condición médica y las circunstancias lo permitan. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos. Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo pero no limitado a, conversión de moneda o cargos por transacción) no están cubiertos. Los Estados Unidos cubre los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes, Guam, la Isla Mariana del Norte y Samoa Americana.	Usted paga $0 por estos servicios. 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. Su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan. Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de los EE. UU. Se aplica un máximo del plan de $ 10,000 cada año natural para este beneficio.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)?

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

- Programa de Salud Materna Infantil
- Tratamiento/Asesoramiento para dejar de fumar

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

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

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

En el siguiente cuadro, se describen algunos servicios y suministros que no están cubiertos por el plan bajo ningún concepto o están cubiertos por Medicaid solamente bajo condiciones específicas.

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, según las reglas de Medicare Original.	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la		✓ Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Lea el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
comunidad médica según nuestro plan o Medicare Original.		
Sala privada en un hospital.		✓ Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
*Los cuidados de custodia son cuidados que se brindan en una residencia para ancianos, un centro de cuidado paliativo u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada.	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✓	
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Cirugías o procedimientos cosméticos		✓ • Cubiertos en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro corporal deforme. • Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción para las mamas después de una mastectomía, incluso en la mama no afectada para lograr una apariencia simétrica.
Calzado ortopédico		✓

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		Si el calzado es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo o el calzado para personas con pie diabético.
Dispositivos de soporte para pies		✓ Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		✓ Este plan ofrece cobertura adicional. Consulte la Tabla de beneficios en la Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura		✓
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	✓	

*El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, como por ejemplo cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1 Introducción 115

Sección 1.1 Este capítulo describe su cobertura para medicamentos de la Parte D 115

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de medicamentos de la Parte D 116

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 116

Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red 116

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red 117

Sección 2.3 Utilización de los servicios de pedidos por correo del plan 117

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos 118

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan 119

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan 120

Sección 3.1 La “lista de medicamentos” le informa sobre los medicamentos Parte D que están cubiertos 120

Sección 3.2 Hay cinco (5) “categorías de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de Medicamentos 121

Sección 3.3 Cómo verificar si un medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos 121

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 122

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos? 122

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones? 122

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? 123

SECCIÓN 5 Qué hacer si uno de sus medicamentos no es cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera ... 124

Sección 5.1 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 ... 124

Sección 5.2 ¿Qué hacer si su medicamento no está en la lista de medicamentos o si existen ciertas restricciones para el medicamento? ... 124

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costo compartido que usted considera muy alta? ... 126

SECCIÓN 6 Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza ... 127

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año ... 127

Sección 6.2 Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando ... 127

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ... 130

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 130

SECCIÓN 8 Presente su tarjeta de membresía del plan cuando adquiera un medicamento recetado ... 131

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía ... 131

Sección 8.2 Qué hacer si no tiene su tarjeta de membresía con usted ... 131

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 131

Sección 9.1 Qué sucede si usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan ... 131

Sección 9.2 Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) ... 132

Sección 9.3 Qué sucede si también recibe cobertura por medicamentos de un plan de empleador o de un grupo de jubilados ... 132

Sección 9.4 Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare ... 133

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos 133

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura 133

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura 134

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos 135

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si adquiere los medicamentos en las farmacias de la red del plan. (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” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por la lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (MolinaHealthcare.com/Medicare), o llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

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

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

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede pedir asistencia al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) o utilizar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede obtener esta información ingresando a nuestra página web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Qué hacer si necesita una farmacia especializada

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos a residentes de centros de atención a largo plazo. Generalmente, un centro de atención a largo plazo (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si se encuentra en una instalación LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC, que es generalmente la farmacia que utiliza la instalación LTC. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación LTC, consulte con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias 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 proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

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 90 días**.

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

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

Nuevas recetas 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. Esto le permitirá asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, detener o retrasar la orden antes de que se le cobre y se envíe. Es importante que responda cada vez que es contactado por la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

Renovaciones para recetas médicas enviadas 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 lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene medicación suficiente o si le han cambiado el medicamento. Si elige no utilizar el programa de renovación automática, contáctese con su farmacia 14 días antes de que se terminen sus medicamentos para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Para optar por nuestro programa que prepara renovaciones por correo en forma automática, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en el reverso de la portada de este folleto) o visitar nuestra página web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

Para que la farmacia pueda contactarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de que la farmacia conozca la mejor forma de contactarse con usted. Para informar las preferencias de comunicación, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contratapa de este folleto) o visitar nuestra página web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento

son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada). Puede solicitar este suministro por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. 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 folleto).
2. Para ciertos tipos de medicamentos, usted puede usar los **servicios de pedidos por correo** de la red del plan.Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con "NM" para indicar que no pertenecen a pedidos por correo en nuestra lista de medicamentos. El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le exige pedir un suministro de hasta 90 días. Lea la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo utilizar nuestros servicios de envío por correo.

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

Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones

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

- 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 30 días, a menos que la receta se haya expedido para un periodo menor.

En estas situaciones, **le rogamos que primero se comunique con el Departamento de Servicios para Miembros** para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente usted deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que adquiere el medicamento. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En 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

Sección 3.1 La "lista de medicamentos" le informa sobre los medicamentos Parte D que están cubiertos

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

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

La Lista de medicamentos incluye medicamentos cubiertos por Medicare de la Parte D (descritos al comienzo de este capítulo, Sección 1.1, donde se explican los Medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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

- está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos. (es decir que la Administración de Medicamentos y Alimentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para los que se ha recetado).
- *o* apoyado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como genéricos

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, lea la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.

- Asimismo, Medicaid puede cubrir medicamentos recetados adicionales. Para obtener información adicional sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debería comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

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

Todos los medicamentos en la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de las cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costos compartidos, mayor es el costo que usted paga por el medicamento:

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (parte del costo más baja)
- Categoría 2: Genéricos
- Categoría 3: Marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados (parte del costo más elevada)

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

La suma que usted paga por los medicamentos en cada categoría de costo compartido se muestra 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 3 maneras de verificar esto:

1. Consultar la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visitar el sitio de Internet del plan (MolinaHealthcare.com/Medicare). La Lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comunicarse con el Departamento de 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. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

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

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

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

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

- 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 vs. D - Algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

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

Por lo general, un medicamento “genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un**

medicamento de marca está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica. En general, no cubrimos un medicamento de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca en lugar del medicamento genérico).

Obtención de aprobación previa del plan

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

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B 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, limitamos la cantidad que puede obtener mediante la limitación de la cantidad de medicamentos que puede obtener cada vez que adquiere su medicamento recetado. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

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

La lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la lista de medicamentos. Para obtener información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) o visite nuestra página web (MolinaHealthcare.com/Medicare).

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene una restricción, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar solicitar una renuncia a la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo. (Consulte el Capítulo 9, Sección 7.2 para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, existen ciertas normas adicionales que establecen restricciones para el uso de algunos medicamentos cubiertos por el plan. Por ejemplo, se le podrá solicitar a usted probar un medicamento diferente primero para ver si es eficaz, antes de que el medicamento que usted desea tomar sea cubierto. O pueden existir límites para la cantidad del medicamento (cantidad de comprimidos, etc.) cubierta durante un periodo específico. En algunos casos, puede pedirnos que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costo compartido que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde. El plan coloca cada medicamento cubierto en una de las cinco (5) categorías de costo compartido diferentes. La suma que usted paga por el medicamento recetado depende en parte de la categoría de costo compartido en el que se encuentra ese medicamento.

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

- Si el medicamento que usted utiliza no está en la lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.
- Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que hace que el costo sea mayor del 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 usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, usted podrá hacer lo siguiente:

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

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

Usted puede obtener un suministro provisional

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

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

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

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

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

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

  Cubriremos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año natural si ya estaba inscrito en el plan el año anterior**. El suministro total será por un máximo de 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 y residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:**

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

- Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (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 tales circunstancias, usted sería elegible para una excepción temporal de una sola vez, incluso si se encuentra fuera de 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 compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

Para solicitar un suministro provisional, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Probablemente, exista otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede solicitar una excepción

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

Si usted es actualmente miembro y un medicamento que está tomando será eliminado del formulario o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le permitiremos solicitar una excepción de formulario por anticipado para el año siguiente. Le informaremos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas 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 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y las fechas límite máximas establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costo compartido que considera muy alta, comience por hablar con el proveedor. Tal vez haya otro medicamento en una categoría de costo compartido menor con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que realice una excepción en la categoría de costo compartido 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 7.4 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 con la mayor brevedad posible y de manera justa.

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

SECCIÓN 6 Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que 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 modificaciones en la lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

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

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación destacamos las veces que usted recibirá avisos directos si se realizan cambios a un medicamento que está tomando. 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 folleto).

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

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca registrada en la Lista de Medicamentos (o cambiamos la categoría de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambos)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en la misma categoría de costo compartido o una más baja y con las mismas o con menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a una categoría de costo compartido más alta o agregar nuevas restricciones, o ambos.
  - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada.
  - Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.
  - Si usted está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el/los cambio(s) específicos que hicimos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Un medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca registrada en la Lista de Medicamentos (o cambiamos la categoría de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambos)**
  - Si el medicamento de marca que usted está tomando es reemplazado por un medicamento genérico, el plan debe avisarle acerca del cambio con una antelación de al menos 30 días o darle un aviso del cambio y un reabastecimiento de su receta médica por 31 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
  - Después de haber recibido el aviso del cambio, debe consultar con su proveedor para cambiarse al medicamento genérico o a otro medicamento que cubrimos.
  - O usted o el recetador pueden solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**

- A veces, un medicamento es retirado del mercado en forma repentina porque se ha descubierto que es inseguro o por otras razones. Si esto sucede, nosotros eliminaremos de inmediato el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le haremos saber de inmediato acerca del cambio.
- Su recetador también será informado sobre este cambio y puede consultar con usted para determinar otro medicamento a fin de tratar su afección.

- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca registrada, o cambiar la categoría de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambos. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos avisarle acerca del cambio con una antelación de al menos 30 días o darle aviso del cambio y un suministro de 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de haber recibido el aviso del cambio, debe consultar con su recetador para cambiarse a un medicamento diferente que cubrimos.
  - O usted o su recetador puede solicitar que el plan haga una excepción y continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, lea el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])*.

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

- Si el medicamento es reclasificado en una categoría de costo compartido más alta
- Si establecemos una nueva restricción al uso del medicamento
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

No pagaremos por medicamentos que se especifican en esta sección. La única excepción: Si, luego de una apelación, se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o haberlo cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un medicamento, lea el Capítulo 9, Sección 7.5 en este cuadernillo). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medicaid, usted deberá pagarlo.

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 y sus territorios.
- El plan, en general, no puede cubrir el uso fuera de lo indicado. El "uso fuera de lo indicado" se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por el Departamento de Control de Alimentos y Medicamentos.
  - Por lo general, la cobertura para "uso fuera de lo indicado" se permite solo cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. Si el uso no está avalado por ninguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir su "uso fuera de lo indicado".

También, por ley, las categorías de medicamentos indicadas abajo no están cubiertas por Medicare. No obstante, algunos de estos medicamentos, como ciertos medicamentos de venta libre, están cubiertos por su beneficio suplementario del plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) (consulte la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4, Sección 2) o su cobertura de medicamentos de Medicaid.

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

- Medicamentos no recetados (también llamados OTC o de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados 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, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta.

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

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

Para adquirir su medicamento recetado, debe presentar su tarjeta de membresía en la farmacia de la red que usted elija. Cuando presenta su tarjeta de membresía al plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan nuestra parte del costo compartido de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia *su* suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo y es un miembro nuevo del plan

Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, el plan cubrirá un **suministro provisional** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. Este suministro total será por un máximo de 31 días o menos si la receta es por menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios). Si usted es miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o si el plan establece restricciones a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro de 31 días o menos si la receta médica es por menos días.

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

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

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su esposa) o un grupo de jubilados? Si es así, comuníquese con **el administrador de beneficios del grupo.** Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

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

Aviso especial sobre ‘cobertura acreditable’:

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

Si la cobertura del plan de grupo es "**acreditable**", 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 necesitarlas luego. Si usted se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos de la Parte D, posiblemente necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido cobertura acreditable. Si usted no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable por parte de su empleador o plan de grupo de jubilados, usted puede obtener una copia de su empleador o por parte del administrador de beneficios del plan de jubilación o del empleador o sindicato.

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

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

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

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

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

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

- Posibles errores de medicamentos.

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

Tenemos un programa que puede ayudar a que nuestros miembros consuman de manera segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si consume medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su administración sea apropiada y médicamente necesaria. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o con benzodiacepina no es seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o con benzodiacepina de una(s) farmacia(s) en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o con benzodiacepina de un(os) médico(s) en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted.

Si consideramos que se deben aplicar una o más de estas limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explicará las limitaciones que creemos que aplican a su caso. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la limitación o con nuestra determinación de que usted está en riesgo de abuso de medicamentos recetados, usted y su recetador tienen derecho a solicitarnos un recurso de apelación. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos la 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.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidado paliativo o terminal, o vive en un centro de cuidados a largo plazo.

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

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

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

Algunos miembros que consumen medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen altos costos de medicamentos pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Puede consultar acerca de la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Usted obtendrá un resumen escrito sobre este tema. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que hace sugerencias sobre qué puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con un espacio para que pueda tomar apuntes o anotar cualquier pregunta que desee hacer luego. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué lo hace.

Es una buena idea solicitar la revisión de sus medicamentos antes de la consulta anual de “Bienestar”, por lo que puede hablar con su médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su documento) 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 duda sobre estos programas, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

SECCIÓN 1 Introducción 139

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con los otros materiales que explican su cobertura de medicamentos 139

Sección 1.2 Tipos de gastos en efectivo que debe pagar por servicios cubiertos 140

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 140

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)? 140

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra 141

Sección 3.1 Enviamos un informe mensual llamado "Descripción de Beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") 141

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos 142

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos de categorías 3 a 5 143

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $0 o $92 por sus medicamentos de categorías 3 a 5. 143

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 144

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde lo adquiere 144

Sección 5.2 Tabla que muestra sus costos por un suministro de un *mes* de un medicamento 144

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 147

Sección 5.4 Tabla que muestra sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento 148

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los $4,130 149

SECCIÓN 6 En la Etapa de brecha en cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos 150

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos en efectivo alcancen los $6,550 150

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos en efectivo por medicamentos recetados 150

SECCIÓN 7 En la Etapa de Cobertura Catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 152

Sección 7.1 Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa por el resto del año 152

SECCIÓN 8 Lo que usted debe pagar por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compra 153

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener coberturas separadas por las vacunas de la Parte D en sí mismas y por el costo de administrarle la vacuna 153

Sección 8.2 Usted tal vez desee llamar a Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna 154

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- **La *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.**Para simplificar, la llamamos la "Lista de Medicamentos".
  - En esta lista de medicamentos, se incluyen los medicamentos que están cubiertos para usted.
  - También se define en cuál de las cinco (5) "categorías de costo compartido" se encuentra el medicamento y si existen restricciones en la cobertura del medicamento.
  - Si necesita una copia de la lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede encontrar la lista de medicamentos ingresando a nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare. La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este cuadernillo.** En el Capítulo 5, se ofrecen detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluso las normas que debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, también se enumeran los tipos de medicamentos recetados no cubiertos por nuestro plan.

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

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

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

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

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)?

Como se muestra en la siguiente tabla, existen tres "etapas de pagos de medicamentos" que corresponden a su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a Molina Medicare Complete Care (HMO SNP). Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en la cual se encuentra usted cuando adquiere el medicamento recetado o la renovación de la receta. Recuerde que usted siempre es responsable de la prima mensual del plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos.

Etapa 1 Etapa de deducible anual	**Etapa 2** Etapa de cobertura inicial	**Etapa 3** Etapa de brecha en cobertura	**Etapa 4** Etapa de cobertura catastrófica
Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados, su monto deducible será de $0 o $92, a excepción de los medicamentos de la lista que aparecen como categorías 1 y 2 que están excluidos del deducible, según el nivel de "Ayuda Adicional" que reciba. Si su deducible es $0: Esta etapa de pago no aplica para usted. Si su deducible es $92: **Usted paga el costo total** de sus medicamentos de categorías 3-5 hasta que haya pagado $92 por sus medicamentos. (Los detalles se encuentran en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos en las categorías 1 y 2 y **usted paga su parte del costo**. Después de que usted (u otros en su nombre) haya alcanzado la suma de los deducibles de las categorías 3-5, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos de categorías 3-5 y usted paga su parte. Usted permanece en esta etapa hasta que sus "**costos totales por medicamentos**" del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) asciendan a $4,130. (Los detalles se encuentran en la Sección 5 de este capítulo).	Durante esta etapa, usted paga el 25% del precio por medicamentos de marca registrada más una porción de la tarifa de dispensación y el 25% del precio por medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los "**gastos de su bolsillo**" (sus pagos) del año hasta la fecha alcancen un total de $6,550. Esta suma y las normas para considerar los costos para esta suma han sido establecidas por Medicare. (Los detalles se encuentran en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará** la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año natural. (hasta el 31 de diciembre de 2021). (Los detalles se encuentran en la Sección 7 de este capítulo).

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

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

Nuestro plan mantiene un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando adquiere sus medicamentos recetados o renovación de recetas médicas en la farmacia. De esta

manera, podemos informarle cuando ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, mantenemos un registro de dos tipos de costos:

- Mantenemos el registro de lo que usted ha pagado. A esto se lo llama los costos "**de su propio bolsillo**".
- Mantenemos el registro de su "**costo total por medicamentos**". Esta es la suma que paga de su propio bolsillo en efectivo o que otros pagan en su nombre, más la suma pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe escrito titulado *Descripción de Beneficios de la Parte D* (a veces se lo llama "EOB de la Parte D") cuando usted haya adquirido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. La EOB de la Parte D proporciona más información acerca de los medicamentos que consume, como los aumentos en el precio y otros medicamentos con costos compartidos más bajos que puedan estar disponibles. Debería consultar con su recetador sobre estas opciones de menor costo. 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.° de enero.** Esto se llama información "del año hasta la fecha". Muestra el total de costos de medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará aumentos de porcentaje acumulativos para cada reclamo de receta médica.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos que tienen un menor costo compartido para cada reclamo de receta médica que puede estar disponible.

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

Para mantener un registro de sus costos por medicamentos y los pagos que usted 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:

- **Presente su tarjeta de membresía cuando adquiera un medicamento recetado.** Para que estemos informados de los medicamentos recetados que usted adquiere y lo que usted paga, presente su tarjeta de membresía cada vez que adquiera un medicamento recetado.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague por medicamentos recetados, pero nosotros no obtengamos en forma automática la información que necesitamos para tener un seguimiento de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los gastos de su bolsillo, usted podrá entregarnos copias de recibos por medicamentos que usted ha comprado. (Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar a nuestro plan la parte del costo del medicamento que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, lea el Capítulo 7, Sección 2 de este folleto). A continuación, describimos algunas situaciones en que usted querrá entregar copias de sus recibos de medicamentos para que tengamos un registro completo de lo que usted ha gastado en la compra de sus medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
- Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.

- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también son tenidos en cuenta para el cálculo de los gastos de su bolsillo y ayudan a calificar para la cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos realizados por (SPAP, por sus siglas en inglés), un programa de asistencia para medicamentos contra el AIDS (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Debería llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una *Descripción de beneficios de la Parte D* (una "EOB de la Parte D") por correo, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o si tiene alguna duda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos de categorías 3 a 5

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya pagado $0 o $92 por sus medicamentos de categorías 3 a 5.

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

- No pagará un deducible
- --o-- Pagará un deducible de $92.

Si usted no recibe "Ayuda Adicional", la Etapa de deducibles es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de $0 o $92 para medicamentos de las categorías 3 a 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de las categorías 3 a 5** hasta llegar al monto deducible del plan. Para el resto de los medicamentos, no deberá pagar ningún tipo de deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

- Su **"costo total"** es por lo general inferior al precio total normal del medicamento, debido a que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar su parte.

Una vez que haya pagado $0 o $92 por sus medicamentos de categorías 3 a 5, abandona la Etapa de deducibles y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

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

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

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

El plan establece cinco (5) categorías de costo compartido

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

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (parte del costo más baja)
- Categoría 2: Genéricos
- Categoría 3: Marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados (parte del costo más elevada)

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

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, lea el Capítulo 5 de este cuadernillo y el *Directorio de proveedores y 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.

- **“Copago”** significa que usted paga una suma fija cada vez que surte una receta médica.

- **"Coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, la suma del copago o coseguro depende de la categoría de costo compartido en la que se encuentra el medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el costo de su medicamento cubierto es inferior a la suma del copago que se encuentra detallado en la tabla, usted pagará el precio menor del medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* la suma del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red.

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Categoría 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.
Categoría 2 de costos compartidos (Genéricos)	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.	Copago de $0.

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Categoría 3 de costos compartidos (Marca preferida)	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 31 días)
Categoría 5 de costos compartidos (Categoría de medicamentos especializados)	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.

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

Normalmente, la suma que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un medicamento cubierto de todo un mes. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes. Es posible que haya ocasiones en que desee preguntarle a su médico sobre recetar menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando usted pruebe por primera vez un medicamento que se conozca que tenga graves efectos secundarios). Si su médico receta una cantidad menor a un mes completo de suministro, no deberá pagar por el suministro de un mes completo para ciertos medicamentos.

La suma que pague cuando reciba menos del suministro de un mes completo dependerá de si usted es responsable por el pago de un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (una suma de dinero fijo).

- Si es responsable de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje sin importar si la receta médica es para un suministro de un mes completo o para unos días. No obstante, debido a que el costo total de los medicamentos será menor si recibe menos de un suministro de un mes completo, la *suma* que pagará será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días que reciba el medicamento. Calcularemos la 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.

- Aquí, un ejemplo: Digamos que el copago para su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es $30. Esto significa que la suma que paga por día por su medicamento es $1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será $1 por día multiplicado por 7 días, por un pago total de $7.

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

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

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

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

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	Copago de $0.	Copago de $0.
Categoría 2 de costos compartidos (Genéricos)	Copago de $0.	Copago de $0.
Categoría 3 de costos compartidos (Marca preferida)	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.	Copago de $0, $1.30 o $3.70 por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y copago de $0, $4.00 o $9.20 para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría 5 de costos compartidos (Categoría de medicamentos especializados)	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe un suministro a largo plazo.	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe un suministro pedido por correo.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los $4,130

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la suma total de los costos de medicamentos recetados y renovaciones de recetas que ha adquirido alcanzan **el límite de $4,130 de la Etapa de cobertura inicial**.

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

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que usted ha adquirido desde la primera compra de medicamentos del año. (Lea la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo). Estas incluyen:
  - La suma total que usted pagó cuando estaba en la Etapa de Deducibles, que era $0 o $92.
  - La suma total que usted pagó de la parte que le corresponde por los costos de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.
- **Lo que el plan ha pagado por** su parte de los costos por sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial. (Si usted está inscrito en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante 2021, el monto que ese plan pague durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para sus costos totales por medicamentos).

La *Descripción de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también los terceros, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,130 en un año.

Le informaremos si alcanza esta suma de $4,130. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de brecha de cobertura.

SECCIÓN 6 En la Etapa de brecha en cobertura, usted recibe un descuento en medicamentos de marca y paga no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos

Sección 6.1 Usted permanece en la Etapa de brecha de cobertura hasta que sus costos en efectivo alcancen los $6,550

Cuando usted se encuentra en la Etapa de brecha en cobertura, el Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare brinda descuentos de fabricante sobre los medicamentos de marca. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación por medicamentos de marca. Tanto la suma que usted paga como la suma descontada por el fabricante cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, la suma que abona el plan (75%) no cuenta para el cálculo de gastos de su bolsillo. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando el precio descontado por los medicamentos de marca y no más del 25% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que los pagos de su bolsillo anuales alcanzan la suma máxima que Medicare ha establecido. En 2021, esa suma es $6,550.

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de su bolsillo y lo que *no*. Cuando ha alcanzado un límite de gastos de su bolsillo de $6,550, pasa de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare sus costos en efectivo por medicamentos recetados

A continuación, detallamos las reglas de Medicare que debemos observar para mantener un registro de los gastos de su bolsillo por los medicamentos.

Estos pagos <u>están incluidos</u> en los gastos de su bolsillo

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

- La suma que usted paga por los medicamentos cuando se encuentre en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de Deducibles
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa de brecha en cobertura

- 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 usted efectúa estos pagos **usted mismo**, estos se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos también *se incluyen* si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre.Esto incluye los pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, o por los Servicios de Salud para Indígenas Americanos. Los pagos efectuados mediante el programa "Ayuda Adicional" de Medicare también están incluidos.
- Algunos de los pagos efectuados por el Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare están incluidos. La suma que el fabricante paga por sus medicamentos de marca está incluida. Pero la suma que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha consumido un total de $6,550 en gastos de su bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Cuando sume los gastos de su bolsillo, **no tiene permitido incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- La suma que usted paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, 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.
- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha en cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.

- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, indemnización al trabajador).

Recuerde: Si cualquier otra organización como las que se enumeran arriba paga una parte o el total de los gastos de su bolsillo por medicamentos, usted estará obligado a informarlo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

- **Nosotros lo ayudaremos.** El informe de *Descripción de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la suma actual de los gastos de su bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo, se describe este informe). Cuando usted alcanza un total de $6,550 de costos en efectivo anuales, este informe le comunicará que ha pasado de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se especifica lo que usted puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que usted ha gastado en forma completa y actualizada.

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

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

Califica para la Etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de $6,550 por el año natural. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

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

- $0; *o*
- Un coseguro o un copago, cual fuera la suma *mayor*:
  - – *ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - – *o* – $3.70 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y $9.20 por todos los demás medicamentos.
  - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

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

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

Nuestro plan provee cobertura para varias vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que son consideradas beneficios médicos. Usted puede conocer la cobertura de estas vacunas al revisar la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4, Sección 2.1.

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

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

¿Qué paga usted por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se lo está vacunando).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede conocer su cobertura de estas vacunas si lee el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (los servicios cubiertos y lo que usted paga)*.
   - Otras vacunas son consideradas Medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (formulario)*.
2. **Dónde usted obtiene la vacuna.**
3. **Quién administra la vacuna.**

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

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

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

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

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

Situación 2: Recibe una vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.

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

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

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

Sección 8.2 Usted tal vez desee llamar a Departamento de Servicios para Miembros antes de recibir una vacuna

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

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestro plan ofrece para su vacunación y explicarle la parte que le corresponde a usted por los costos.
- Podemos brindarle información sobre cómo mantener sus costos bajos si recurre a los proveedores y farmacias de nuestra red.

- Si no puede recurrir a un proveedor o farmacia de la red, podemos informarle qué necesita hacer para solicitarnos que le reintegremos nuestra parte del costo.
- Asimismo, conforme a su nivel de elegibilidad en Medicaid, se cubrirán algunos o todos los costos compartidos.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 158

Sección 1.1 Si paga por sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos que paguemos nosotros 158

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 160

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago 160

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 161

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos pagar 161

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 161

SECCIÓN 4 Otras situaciones en que usted debería conservar sus recibos y enviarnos copias a nosotros 162

Sección 4.1 En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar un registro de sus costos en efectivo por medicamentos 162

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de nuestra red envían la factura directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamento que usted ha recibido, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

No podemos reembolsar directamente un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura cuyo monto sea superior a su copago por artículos y servicios cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. No debe pagar la factura por su cuenta. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Pero si usted la paga, podrá obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió con las normas para recibir dichos servicios o artículos.

Si ya pagó algún servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reintegre el dinero (por lo general, los reintegros se denominan “reembolsos”). Usted tiene derecho a recibir el 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. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reintegraremos el costo de los servicios o medicamentos.

A continuación, se enumeran ejemplos de situaciones en las que puede solicitar a nuestro plan un reintegro o que paguemos una factura que usted recibió.

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

   Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, debe solicitarle al proveedor que envíe la factura al plan.

   - Si usted paga la suma total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
   - A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
     - Si 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 facturar directamente al plan. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por los servicios.

- Usted únicamente tiene que pagar su suma de costo compartido cuando se le brindan servicios cubiertos por el plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como "facturación del saldo". Este factor de protección (por el cual nunca paga más de la suma de costos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor. No permitimos que los proveedores le facturen a usted por servicios cubiertos. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobró por un servicio. Para obtener más información sobre la "facturación del saldo", lea el Capítulo 4, Sección 1.5.
- 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 le pagó a un proveedor de la red, pero cree que pagó en exceso, envíenos la factura con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe pedirnos que le devolvamos la diferencia entre la suma pagada por usted y la suma que usted debía según el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. ("Retroactivo" significa que ya ha pasado el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación para que nos encarguemos del reembolso. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos el reintegro y cuáles son las fechas límite para efectuar su solicitud. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Si presenta su tarjeta de membresía e intenta surtir una receta médica en una farmacia fuera de la red, la farmacia probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado. (Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en algunas situaciones especiales. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información). Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

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. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta médica en otras situaciones

Deberá pagar el costo total de un medicamento recetado si se le informa que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunas situaciones, necesitaremos información de su médico para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento.
- Un error de facturación en la farmacia en referencia a un medicamento de la lista de medicamentos.

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo por el servicio o medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este cuadernillo (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) encontrará más información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago

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

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

Reembolsos por servicios médicos:

Molina Healthcare
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

O envíe un fax al (310) 507-6186

Reembolsos de la Parte D:

Molina Healthcare
Attn: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

Debe presentar su reclamo dentro de un (1) año natural 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 folleto). Si no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe

facturas y no sabe qué hacer con ellas, lo podemos ayudar. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

Sección 3.1 Verificamos si nos corresponde cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos 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 para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican las normas que debe seguir para obtener medicamentos recetados cubiertos de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos por la atención médica o medicamento. Por el contrario, le enviaremos una carta con las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicita y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

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

Si usted considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o si no está de acuerdo con el monto que pagaremos, usted puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para obtener más detalles sobre cómo presentar una apelación, lea el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, puede empezar por leer la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una introducción en la que se describe el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones, y proporciona definiciones de términos tales como “apelación”. Luego, después de leer la Sección 5, puede leer la sección en el Capítulo 9 que describe qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación por un reintegro por una atención médica, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación por un reintegro por un medicamento, consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9.

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

Sección 4.1 En algunos casos, usted nos debería enviar copias de sus recibos para que podamos llevar un registro de sus costos en efectivo por medicamentos

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

A continuación, describimos un ejemplo de una situación en que nos debe enviar copias de recibos para informarnos sobre pagos que haya efectuado por sus medicamentos:

Cuando adquiere un medicamento por medio de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos externo a los beneficios del plan. Si obtiene medicamentos por medio de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, deberá pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Conserve el recibo y envíenos una copia para el cálculo de los gastos de su bolsillo a los fines de calificar para la Etapa de cobertura catastrófica.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** Dado que adquiere su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, el plan no pagará ninguna parte de estos costos de medicamentos. No obstante, si nos envía una copia del recibo podremos calcular los gastos de su bolsillo correctamente, y esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la Etapa de cobertura catastrófica más rápidamente.

Dado que usted no solicita ningún pago en el caso antes descrito, esta situación no se considera una decisión de cobertura. Por lo tanto, no podrá presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 165

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra de molde grande o en formatos alternativos, etc.) 165

Sección 1.2 Debemos garantizarle acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos 165

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal. 166

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos 173

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica 174

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado 176

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no son respetados? 177

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos 177

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 178

Sección 2.1 Sus responsabilidades 178

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra de molde grande o en formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de intérpretes gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros discapacitados y de aquellos 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 obtener información de nuestra parte de una manera que sea apropiada para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o contacte a civil.rights@molinahealthcare.com.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros para presentar una queja al (800) 665-3072, 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deberán llamar al 711. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente en la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o puede enviarla a la dirección postal o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

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

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

Si usted considera que no recibe atención médica o medicamentos de la Parte D en un período razonable de tiempo, lea el Capítulo 9, Sección 11 de este folleto para saber cómo proceder. (Si hemos rechazado la cobertura por su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5 se explica lo que debe hacer).

Sección 1.3 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 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.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos para obtener información y controlar cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado "Notificación de las Normas 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.
- En la mayoría de los casos, si entregamos su información médica a una persona que no le provee atención ni paga por ella, *estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero.* El permiso escrito lo puede otorgar usted u otra persona con poder legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros, esto se realizará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales.

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

Usted tiene derecho a ver su historia clínica archivada en el plan y 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 corrijamos 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.

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

Su privacidad

Estimado miembro de Molina Medicare:

La privacidad de cada miembro 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.

PHI significa *información médica protegida*. La información médica protegida (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 información médica protegida (PHI) de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento
- Para pagar la atención de salud que recibe
- Para revisar la calidad de la atención de salud que recibe
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica
- Para administrar nuestro plan de salud
- Para utilizar o compartir la información médica protegida (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 información médica protegida (PHI)?

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

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su información médica protegida (PHI)
- Obtener una copia de su información médica protegida (PHI)
- Enmendar su información médica protegida (PHI)
- Poder pedirnos que no usemos ni compartamos su información médica protegida (PHI) de ciertas maneras
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su información médica protegida (PHI)

¿Cómo protege Molina su información médica protegida (PHI)?

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

- Molina tiene políticas y reglas para proteger la información médica protegida (PHI).
- Molina limita quién puede ver la información médica protegida (PHI). Solo el personal de Molina que necesite conocer la información médica protegida (PHI) puede usarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la información médica protegida (PHI).
- El personal de Molina debe aceptar de manera escrita seguir las reglas y políticas que protegen y aseguran la información médica protegida (PHI).
- Molina asegura la información médica protegida (PHI) en nuestras computadoras. La información médica protegida (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 información médica protegida (PHI).
- Darle información por escrito, como esta, sobre nuestros deberes y normas de privacidad acerca de su información médica protegida (PHI).
- Seguir los términos de nuestra Notificación de las normas 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.

Lo que precede es solo un resumen. Nuestra Notificación de las normas de privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la información médica protegida (PHI) de nuestros miembros. Nuestra Notificación de las normas de privacidad se encuentra en la siguiente sección de este documento. Se encuentra en nuestro sitio web en http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad llamando a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3072, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

NOTIFICACIÓN DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DE MOLINA MEDICARE

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Molina Healthcare of Michigan (“**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 de vigencia de este aviso es el 23 de septiembre del 2013

PHI significa *información médica protegida*. La información médica protegida (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 información médica protegida (PHI)?

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

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su información médica protegida (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 información médica protegida (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 la cantidad del cobro que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir información médica protegida (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 problemas de los miembros. Su información médica protegida (PHI) también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

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

- mejorar la calidad;
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realización o facilitación de revisiones médicas.
- Servicios legales, incluido el fraude o la detección de abuso y programas de enjuiciamiento.
- Acciones que nos permiten cumplir con la ley.
- Ocuparnos de las necesidades de los miembros, incluida la resolución de quejas y reclamos.

Compartiremos su PHI con otras compañías ("**socios comerciales**") que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su información médica protegida (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 información médica protegida (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:

Requisitos legales

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

Salud Pública

Su información médica protegida (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 de salud

Su información médica protegida (PHI) puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su información médica protegida (PHI) para realizar auditorías.

Investigación

Su información médica protegida (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 información médica protegida (PHI) puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la ley

Su información médica protegida (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.

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 información médica protegida (PHI) se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o negligencia.

Indemnización al trabajador

Su información médica protegida (PHI) se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

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 información médica protegida (PHI)?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (PHI) para cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su información médica protegida (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 información médica protegida (PHI). Usted puede cancelar una autorización por escrito que usted nos haya dado. Su cancelación no 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 sobre el uso y la divulgación de su PHI (compartir su PHI)**
  Puede pedirnos que no compartamos su PHI para efectuar 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. Usted puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales de PHI**
  Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su información médica protegida (PHI) podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud.
- **Revisar y copiar su PHI**
  Tiene derecho a revisar 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. Usted puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de sus registros médicos. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica*.
- **Enmendar su PHI**
  Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto solo aplica a aquellos registros sobre usted como miembro que estén en nuestro poder. Deberá presentar una solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de Molina para presentar su solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si denegamos su solicitud.
- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)**
  Usted puede pedirnos que le demos una lista de ciertos terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la información médica protegida (PHI) compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
  - A personas sobre su propia información médica protegida (PHI).
  - La información compartida con su autorización.
  - La 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.

Cobraremos una tarifa razonable por cada lista si 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 hacer la solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina al (800) 665-3072, 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 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:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina (800) 665-3072
7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Manager of Member Services
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

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

Oficina de Derechos Civiles
Department of Health & Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: (800) 368-1019; TDD: (800) 537-7697; Fax: (312) 886-1807

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su información médica protegida (PHI) en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso sobre nuestras obligaciones y normas de privacidad en relación con su información médica protegida (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 modificaciones
Molina se reserva el derecho de modificar los términos y las normas sobre la información de esta Notificación en cualquier momento. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la información médica protegida (PHI) que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el Aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de Contacto

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

Por teléfono:

Departamento de Servicios para Miembros de Molina (800) 665-3072
7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Molina Healthcare of Michigan
Attention: Manager of Member Services
7050 Union Park Center, Suite 200
Midvale, UT 84047

Sección 1.4 Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), usted tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 precedente, usted tiene derecho a obtener información de nosotros de manera que la pueda comprender. Esto incluye obtener información en idiomas que no sean inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También se incluye información sobre la cantidad de apelaciones presentadas por los miembros y la calificación de desempeño del plan, incluidas las calificaciones que recibió de los miembros del plan y las diferencias con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene derecho a obtener información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y la forma en que nosotros pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para ver una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener más información detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto) o visitar nuestra página web en MolinaHealthcare.com/Medicare.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe seguir cuando utiliza su cobertura.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se describen los servicios médicos que están cubiertos para usted, las restricciones para su cobertura y las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.

- Para obtener los detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, lea los Capítulos 5 y 6 de este folleto y también la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan.* En estos capítulos y también en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, se detallan los medicamentos que están cubiertos y se explican las normas que usted debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
- Si tiene alguna duda sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

- **Información sobre por qué algunos servicios no se encuentran cubiertos y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o Medicamento de la Parte D no está cubierto para usted o si su cobertura tiene alguna restricción, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a solicitar esta explicación aun si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
  - Si no está satisfecho o de acuerdo con una decisión que hemos tomado sobre la atención médica o el Medicamento de la Parte D cubiertos para usted, tiene derecho a solicitar que cambiemos la decisión. Puede solicitarnos que cambiemos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Para obtener detalles sobre qué hacer si un servicio no está cubierto para usted como considera que debería estar cubierto, lea el Capítulo 9 de este folleto. En este, se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se describen los pasos a seguir para presentar una queja por la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).
  - Si desea solicitar a nuestro plan que pague la parte que le corresponde de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, lea el Capítulo 7 de este folleto.

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.
- **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 recibir una explicación si se deniega cobertura para su atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nosotros si un proveedor se ha denegado a proporcionarle atención que usted considera debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. En el Capítulo 9 de este cuadernillo, se explica cómo solicitar una decisión de cobertura del plan.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, 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:

- 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 si mismo.

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

Si desea definir sus instrucciones en una "directiva avanzada", deberá:

- **Obtener el formulario.** Si desea tener una directiva anticipada, puede obtener un formulario de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare. Usted también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- Los formularios también están disponibles a través del enlace a Caring Connections en el sitio web de Molina Medicare o en http://www.caringinfo.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3289
- **Completarla y firmarla.** 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. Asegúrese de conservar 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**.

- Cuando se interne en el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de directivas anticipadas y si lo trajo consigo.
- Si no ha firmado un formulario de 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 o no (incluso si desea firmarla una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

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

Para quejas sobre profesionales de atención médica:

Michigan Bureau of Health Care Services
Enforcement Division, Allegation Section
P.O. Box 3454
Lansing, MI 48909-8170
Línea directa para quejas: (800) 882-6006, TTY: 711
Fax: (517) 241-2389

Para quejas relacionadas con instalaciones de salud y hospitales:

Michigan Department Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Health Care Services - Health Facility Complaints
P.O. Box 30664
Lansing, MI 48909
Línea directa para quejas: (800) 882-6006
TTY: 711

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

Si tiene algún inconveniente o inquietud sobre sus servicios o atención cubiertos, en el Capítulo 9 de este folleto le informamos qué puede hacer. Detalla la manera en que debe proceder en caso de tener cualquier tipo de problema o queja. Lo que debe hacer para realizar el seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Podría necesitar pedirle a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por usted, presentar una apelación para solicitar un cambio de decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre apelaciones y quejas que otros miembros han presentado contra nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).

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 han sido respetados por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O **puede llamar a Medicare** al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Puede obtener más información sobre sus derechos en varios lugares:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y protecciones de Medicare”. (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O puede llamar al número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 Sus responsabilidades

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna duda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice este cuadernillo de Evidencia de cobertura para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos, incluidos los servicios que están cubiertos, los servicios que no están cubiertos, las normas que debe seguir y lo que debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
  - Estamos obligados a cumplir las normas establecidas por Medicare y Medicaid para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en combinación cuando obtenga sus servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se llama "**coordinación de beneficios**" porque implica coordinar los beneficios de salud y medicamentos que usted obtiene por nuestro plan con otros beneficios de salud y medicamentos disponibles para usted. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, lea el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía al plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención posible, obtenga toda la información que pueda sobre sus problemas de salud, y brinde la información que ellos requieran sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si formula una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que 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.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - A fin de ser elegible para nuestro plan, usted debe tener Medicare Parte A y Parte B. Para la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
  - 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. Esto puede ser un copago (una suma fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se especifica lo que usted debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se especifica lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si obtiene servicios médicos o medicamentos no cubiertos por nuestro plan o un plan médico adicional que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este cuadernillo para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar la suma adicional para la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en la última declaración de impuestos), le debe pagar la suma adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si usted va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
  - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se define nuestra área de servicio). Podemos ayudarlo a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se muda del área de servicio, tendrá un Periodo especial de inscripción durante el cual podrá afiliarse a cualquier Plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva zona.
  - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, aún nos debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario). Puede encontrar los números telefónicos y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.** También aceptamos sugerencias que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo.
  - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, lea el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción 184

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud 184

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales? 184

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros 185

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 185

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas? 187

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid? 187

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE 188

SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 188

Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas? 188

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 188

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades 188

Sección 5.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 189

Sección 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación? 190

SECCIÓN 6 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 191

Sección 6.1 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 191

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura por atención médica que usted desea) 192

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura por atención médica tomada por nuestro plan) 196

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2 199

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica? 201

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 202

Sección 7.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Parte D 202

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción? 204

Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones 206

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 206

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 209

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 212

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 214

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos 214

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital 216

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital 219

Sección 8.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1? 220

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 223

Sección 9.1 *Esta parte describe tres servicios solamente:* Servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) 223

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura 224

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 224

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo 226

Sección 9.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1? 228

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más 230

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico 230

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D 232

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos 233

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas? 233

Sección 11.2 “Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar/hacer un reclamo” 235

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja 235

Sección 11.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad 236

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare 237

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID 237

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 237

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizará el proceso de Medicare, el proceso de Medicaid o los dos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto).
2. El tipo de problema que usted tiene:
   - Para algunos tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
   - Para otros tipos de problemas, usted deberá recurrir al **proceso de presentación de quejas**.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y rápido de sus problemas, cada proceso tiene ciertas normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

¿Cuál de los dos procesos debe utilizar? La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso que corresponde utilizar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

En algunas normas, procedimientos y tipos de plazos explicados en este capítulo, se utilizan términos técnicos legales. La mayoría de las personas no conocen estos términos y pueden resultar difíciles de entender.

Para simplificar, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con términos más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que usted conozca los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor claridad y precisión cuando deba tratar su problema y obtener la ayuda y la información correspondientes para su situación. Para ayudarle a saber cuáles términos utilizar, hemos incluido los términos legales en las definiciones para tratar ciertos tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

A veces, el inicio o seguimiento de un proceso para tratar un problema puede ser confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga los conocimientos que necesita para continuar con el siguiente paso.

Obtenga asistencia de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas no relacionadas con nosotros. Puede contactar a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)** cuando lo desee. Este programa gubernamental tiene asesores capacitados en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3 de este cuadernillo.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia en caso de tener algún problema, también puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	Michigan Department of Health and Human Services (Programa Medicaid de Michigan) – Información de contacto
LLAME AL	(517) 373-3740, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 AM p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) 400 S. Pine Street Lansing, Michigan 48933
SITIO WEB:	http://www.michigan.gov/mdch

Método	Michigan Office of Services to the Aging (Programa del Mediador de Michigan) – Información de contacto
LLAME AL	(866) 485-9393 o (517) 373-8230, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 AM p. m., hora local
TTY	(517) 373-4096 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Michigan Office of Services to the Aging P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909-8176
SITIO WEB:	http://www.michigan.gov/mdch

Método	Michigan Long Term Care Ombudsman Program – Información de contacto
LLAME AL	(866) 485-9393, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 AM p. m., hora local
TTY	(517) 373-4096 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRÍBANOS	Long Term Care Ombudsman P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909-8176
SITIO WEB:	http://www.michigan.gov/miseniors/

Método	Livanta – (Organización de Mejoramiento de Calidad de Michigan) – Información de contacto
LLAME AL	(888) 524-9900, De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); sábados y domingos: de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora local); el correo de voz está disponible las 24 horas
TTY	(888) 985-8775 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.

Método	Livanta – (Organización de Mejoramiento de Calidad de Michigan) – Información de contacto
ESCRÍBANOS	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB:	https://www.livantaqio.com/

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Sección 3.1 ¿Debería utilizar el proceso para beneficios de Medicare o de Medicaid?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea recibir ayuda para decidir si utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

Para determinar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **COMIENCE AQUÍ**

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si desea recibir ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Continúe con la siguiente parte de este capítulo, **Sección 4, “Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”.**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicaid”.**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La tabla a continuación lo ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trate sobre problemas y quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud relacionados con los beneficios de **Medicare**, utilice esta tabla:

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

(Esto incluye problemas para determinar si determinados servicios de atención médica o medicamentos recetados están cubiertos o no, la modalidad de dicha cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 5, "Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura.

Pase directamente a la **Sección 11** al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas".**

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluso problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo deriva a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso.

En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar que estamos cumpliendo con todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, son los encargados de manejar su apelación. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si contestamos negativamente a toda o parte de su Apelación de Nivel 1, usted puede presentar una Apelación de Nivel 2. Una Organización de Revisión Independiente lleva a cabo la apelación de Nivel 2.

- En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de Nivel 2.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

Sección 5.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Estos son los recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

- Puede **obtener ayuda gratuita de** su Programa Estatal de Asistencia de seguro médico (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
  - Para la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2. Para solicitar una apelación pasado el nivel 2, su médico debe ser nombrado su representante.
  - Para los medicamentos de la Parte D, su médico y otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. Para solicitar una apelación pasado el Nivel 2, su médico u otro recetador debe ser nombrado su representante.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguna persona que ya se encuentra legalmente autorizada para actuar como su representante según las leyes del Estado.
  - Si usted desea nombrar a un amigo, familiar, médico u otro proveedor como su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario "Designación del representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMSForms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario otorga a esa persona permiso para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de 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 5.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 6** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto".

- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto" (*Se aplica solo a los siguientes servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF, por sus siglas en inglés).

Si aún no está seguro de qué parte debe consultar, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la cubierta posterior de este folleto). También puede pedir asistencia o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico que le corresponde (en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto, encontrará los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de "los conceptos básicos" de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 En esta 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

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar*). Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "atención médica o tratamiento o servicios médicos" en cada ocasión. El término "atención médica" incluye elementos médicos y servicios, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B. 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 elementos 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 atención está cubierta por nuestro plan.
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.
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención.
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención.
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud.

- NOTA: **Si la cobertura que se va a interrumpir es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (CORF)**, usted deberá leer otra parte de este capítulo, ya que rigen normas especiales para estas modalidades de atención. Esto es lo que debe leer en esas situaciones:
  - Sección 8 de este capítulo: *Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en hospital más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
  - Sección 9 de este capítulo: *Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que la cobertura finaliza demasiado pronto*.En esta sección, se describen tres servicios solamente: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones en que se le informa que la atención médica que ha estado recibiendo será cancelada, lea esta sección (Sección 6) como guía sobre qué hacer.

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si quiere saber si cubriremos la atención médica o los servicios que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Continúe con la siguiente parte de este capítulo, la **Sección 6.2**.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico del modo que usted quisiera.	Puede presentar una **apelación**. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la **Sección 6.3** de este capítulo.
Si quiere solicitarnos que le reintegremos los gastos por la atención médica que ya ha recibido y pagado.	Puede enviarnos la factura. Pase directamente a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o provea la cobertura por atención médica que usted desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **“determinación de organización”**.

<u>Primer paso:</u> Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura por la atención médica que solicita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una "decisión de cobertura rápida".

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar cobertura por la atención médica que usted desea

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada: *Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por su atención médica*.

Generalmente, utilizamos los plazos estándares para comunicarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos "rápidos". **Una decisión de cobertura estándar significa que le comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días naturales** después de recibir su solicitud **para un elemento médico o servicio**. 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.

- **En el caso de una solicitud para un elemento médico o servicio, nos podemos extender hasta 14 días naturales más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información (por ejemplo, la historia clínica de proveedores fuera de la red) que lo pueda beneficiar. Si decidimos extender la fecha límite para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar reclamos, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

- **Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos dentro de las 24 horas.**

- **En el caso de una solicitud para un elemento médico o servicio, nos podemos extender hasta 14 días naturales más** si descubrimos que falta información (por ejemplo, historias clínicas elaboradas por proveedores fuera de la red) que lo puede beneficiar o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.

- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si está solicitando cobertura por atención médica *que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si su solicitud es por el pago de atención médica que ya ha recibido).
  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.**
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares).
  - Esta carta le informará que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos una decisión de cobertura rápida.
  - La carta también le informará cómo puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Segundo paso: Consideramos su solicitud por cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Generalmente, en el caso de una decisión de cobertura rápida en una solicitud para un elemento médico o servicio, le informaremos nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le responderemos **dentro de las 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, el plazo se puede extender hasta 14 días naturales más en ciertas circunstancias. Si decidimos extender la fecha límite para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.

- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
- Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo) o de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la siguiente Sección 6.3 describimos los pasos a seguir para presentar una apelación.

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita detallada para explicarle por qué nuestra respuesta fue negativa.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar"

- Generalmente, en el caso de una decisión de cobertura estándar, en una solicitud para un elemento médico o servicio, le informaremos nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.** 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.
  - En el caso de una solicitud para un elemento médico o servicio, el plazo puede extenderse hasta 14 días naturales más ("un plazo de tiempo extendido") en ciertos casos. Si decidimos extender la fecha límite para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 14 días naturales (o si se establece un plazo extendido, al final de dicho plazo) o dentro de las 72 horas si su solicitud es por un medicamento recetado de Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. En la siguiente Sección 6.3 describimos los pasos a seguir para presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

<u>Tercer paso:</u> Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, decidirá si desea presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos –y tal vez cambiemos – esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa que hará otro intento por obtener la cobertura de atención médica que usted desea.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la siguiente Sección 6.3).

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (Cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura por atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **"reconsideración".**

Primer paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier motivo relacionado con su apelación, lea el Capítulo 2, Sección 1 y busque una sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito enviando una solicitud.**
  - Si alguna otra persona, además de su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un Formulario para nombramiento del representante en el que se autorice a esa persona a que lo represente. (Para obtener el formulario, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros [los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo] y solicite el formulario "Designación del representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf.) Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos comenzar o completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días naturales después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **Si usted solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos** por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos a nosotros para presentar una apelación por su atención médica*).
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si 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 por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.

- **Usted puede solicitar una copia de la información concerniente a su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede comunicarse con nosotros para presentar una solicitud)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que se observan para obtener una "decisión de cobertura rápida". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se describen más arriba en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una "apelación rápida", le otorgaremos una apelación rápida.

Segundo paso: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si lo necesitamos, reunimos más información. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un elemento médico o servicio**.** Si decidimos extender la fecha límite para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - 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. Más adelante en esta sección, incluimos más información sobre esta organización y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos informarle nuestra respuesta sobre el elemento médico o servicio **dentro de los 30 días naturales** después de recibir su apelación si su apelación es sobre cobertura por servicios que usted aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le informaremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días naturales** después de recibir su solicitud, si su solicitud es sobre cobertura por un medicamento recetado 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 usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días naturales más** si su solicitud es por un elemento médico o servicio. Si decidimos extender la fecha límite para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida" por nuestra decisión de extender el plazo. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 11 de este capítulo).
  - Si no le informamos nuestra respuesta antes de la fecha límite mencionada correspondiente (o antes de la finalización del plazo extendido si nos tomamos días adicionales en su solicitud para un elemento médico o servicio), estamos obligados a trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una Organización de Revisión Independiente la revisará. Más adelante en esta sección, le brindamos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado dentro de los 30 días naturales, o **dentro de los 7 días naturales** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B si su solicitud es por un elemento médico o servicio, o **dentro de los 7 días naturales** si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Tercer paso: Si nuestro plan rechaza en forma parcial o total su apelación, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación, **estamos obligados a trasladar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación se traslada al siguiente nivel del proceso de apelaciones, el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

Si contestamos NEGATIVAMENTE a su Apelación de Nivel 1, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se denomina **"IRE".**

Primer paso: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación "rápida" en el nivel 1, también tendrá una apelación "rápida" en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación "rápida" en el nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el nivel 2. La organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de que haya recibido su apelación.
- 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 naturales 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.

Si usted presentó una apelación "estándar" en el nivel 1, también tendrá una apelación "estándar" en el nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar en el nivel 1, también recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2.
- Si su solicitud es por un elemento o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días naturales** a partir de la recepción de 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 **dentro de los 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación.
- 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 naturales 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.

Segundo paso: 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 organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos realizar lo siguiente:
  - autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas;
  - proporcionar el servicio dentro de los 14 días naturales tras la recepción de la decisión de la organización de revisión para solicitudes estándares; o
  - proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** desde la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- **Si la organización de revisión da una respuesta afirmativa a parte o a toda una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B,** debemos realizar lo siguiente:
  - autorizar o proporcionar el medicamento recetado de Parte B en cuestión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares** o
  - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión para **solicitudes urgentes**.
- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
  - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor dólar de la cobertura de atención médica que solicita debe alcanzar un valor mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura que solicita es muy bajo, no podrá presentar otra apelación; lo que significa que la decisión tomada en el nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo conocer la suma de dinero para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer paso: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información.

- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2, se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

Si necesita solicitarnos el pago de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita un reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*). También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos).*

Responderemos afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder *afirmativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos detallados por los cuales no pagaremos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder *negativamente* a su solicitud por una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación.** Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, nosotros debemos informarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar un pago, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 30 días 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 calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía de "los conceptos básicos" de decisiones de cobertura y apelaciones*)? Si no la ha leído, debería leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 7.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento de la Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento de la Parte D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

- **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "Medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que significa "medicamentos Parte D", la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, normas y restricciones de cobertura e información de costos, lea el Capítulo 5 (*Cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Tal como se analizó en la Sección 5 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o sobre la suma que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus Medicamentos Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluidos los siguientes casos:
  - Solicitar cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan.
  - Nos solicita que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que usted puede obtener).
  - Solicitar el pago de una suma de costo compartido menor por un medicamento en una categoría de costo compartido superior
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted cumple con los requisitos de cobertura. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan, pero le exigimos obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud para una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use el cuadro que figura a continuación para determinar qué parte contiene información pertinente a su caso:

¿En qué situación se encuentra?

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 7.2** de este capítulo.

Si se encuentra en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos y cree que cumple con todas las normas o restricciones del plan (como, por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase directamente a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si desea solicitarnos un reembolso del costo de un medicamento que ya ha recibido y pagado.	Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase directamente a la **Sección 7.4** de este capítulo.
Si ya le hemos informado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento como usted quiere.	Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Pase directamente a la **Sección 7.5** de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión acerca de la cobertura. Al igual que con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud para una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. Luego consideraremos su solicitud. A continuación detallamos tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. **Cobertura de un medicamento de la Parte D para usted que no está incluido en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (formulario).*** (La llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales
Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que aplica a los medicamentos en la categoría cinco (5). No puede solicitar una excepción por el monto del copago ni del coseguro que requerimos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto.** Se establecen normas o restricciones adicionales que se aplican para ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales
Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción de formulario".**

- Las reglas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento* en lugar del medicamento de marca registrada.
  - *Obtener la aprobación del plan por anticipado*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se denomina "autorización previa").
  - *Estar obligado a probar otro medicamento primero* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted solicita. (Esto a veces se denomina "terapia progresiva").
  - *Límites de cantidades*. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
  - *B vs. D*: Algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias
- Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en una de las cinco (5) categorías de costos compartidos. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

Términos legales
Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **"excepción de categoría".**

- Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de costo compartido menor que su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos. De esta manera, usted pagaría menos por la parte del costo del medicamento que le corresponde.

  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca registrada, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca registrada para el tratamiento de su afección.
  - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido para cualquier medicamento de la categoría cinco (5) especializada.
- Si nosotros aprobamos su pedido para una excepción de categoría y hay más que una categoría de costo compartido menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará la suma menor.

Sección 7.3 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 condición 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 colaterales 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 una excepción a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de costos compartidos no le resulten efectivos.

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 condición.
- Si respondemos negativamente a su solicitud para una excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. En la Sección 7.5 de este capítulo, se describen los pasos que debe seguir para presentar una apelación si nuestra respuesta es negativa.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Primer paso: Nos solicita que tomemos una decisión de cobertura por los medicamentos o pagos que necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar que tomemos una **“decisión de cobertura rápida”. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos está pidiendo un reintegro por un medicamento que ya compró.**

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamarnos, enviarnos una carta o un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la parte titulada *Cómo puede contactarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura por sus medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos está solicitando un reintegro por un medicamento, consulte la parte titulada *Dónde enviar una solicitud para solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo por atención médica o por un medicamento que usted ha recibido.*
- **Usted o su médico u otra persona que actúa en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 5 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarnos un reintegro por un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar solicitar un reembolso. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo de un medicamento que haya pagado.
- **Si solicita una excepción, presente la "declaración de apoyo**". Su médico u otro recetador debe explicar las razones médicas que justifiquen la excepción por medicamentos que usted solicita. (A esto lo llamamos la "declaración de apoyo"). Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 de este capítulo para obtener más información sobre solicitudes de excepciones.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una "decisión de cobertura rápida"

Términos legales
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina **"determinación de cobertura acelerada"**.

- Cuando le informemos nuestra decisión, aplicaremos los plazos "estándares" a menos que hayamos aceptado aplicar los plazos "rápidos". Una decisión de cobertura estándar significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le informaremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:**
  - Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si solicita *un medicamento que aún no haya recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida si está solicitando un reintegro por un medicamento que ya compró).

  - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.
- **Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una "decisión de cobertura rápida", automáticamente aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el apoyo de su médico u otro recetador), determinaremos si su estado de salud requiere una decisión de cobertura rápida.
  - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación (y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándares).
  - Mediante esta carta, se le informará que, si su médico u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
  - Mediante la carta, también se le informará cómo presentar una queja porque hayamos determinado darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Se le informa cómo presentar una queja "rápida", lo que significa que recibiría nuestra repuesta en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Segundo paso: Consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** 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 a 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 puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura "estándar" con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas**.

  - Generalmente, esto significa un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud –**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado proveer **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita en la cual le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede 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 naturales** de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con este plazo, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días naturales 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 puede apelar.

Tercer paso: Si contestamos negativamente a su solicitud de cobertura, usted debe decidir si desea presentar una apelación.

- Si contestamos negativamente, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedir que reconsideremos, y tal vez que cambiemos, la decisión que tomamos.

Sección 7.5 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos Parte D se denomina una **"redeterminación"** del plan.

Primer paso: Usted se comunica con nosotros y presenta la Apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, usted deberá solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con nosotros.**
  - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web por cualquier motivo relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección titulada *Cómo contactarnos para presentar una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación presentando una solicitud por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o puede llamarnos por teléfono al número indicado en el Capítulo 2, Sección 1** *(Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación por sus medicamentos recetados de la Parte D).*
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días naturales** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberlo cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones por no haber cumplido el plazo, se pueden incluir los siguientes: tiene una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o 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.**
  - Tiene derecho a solicitar una copia de la información relacionada con su apelación.
  - Si lo desea, usted y su médico u otro recetador pueden proporcionarnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "apelación rápida"

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina "**redeterminación acelerada**".

- 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 7.4 de este capítulo.

Segundo paso: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una apelación "rápida"

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos informarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le comunicaremos 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 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación "estándar"

- Si utilizamos los plazos estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días naturales** de recibida su apelación por un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere. Si considera que su salud así lo requiere, deberá solicitar una apelación "rápida".
  - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días naturales, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. En la Sección 7.6 de este capítulo, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud –**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, **debemos proveer la cobertura** que hemos acordado proveer a la mayor brevedad posible según lo requiere su estado de salud, pero **antes de los 7 días naturales** de recibida su apelación.
  - Si aprobamos su solicitud de un reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días naturales** después de recibida su solicitud de 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.
- Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, tenemos que darle una respuesta **dentro de los 14 días naturales** después de haber recibido su solicitud.

- Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 14 días naturales, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise. Más adelante en esta sección, incluimos más detalles sobre esta organización de revisión y explicamos qué sucede en el Nivel 2 de apelaciones.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días naturales 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 puede apelar nuestra decisión.

Tercer paso: Si contestamos negativamente a su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte la información a continuación).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2

Si contestamos negativamente a su apelación, usted puede aceptar esta decisión o continuar y presentar otra apelación. Si usted decide continuar con una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** analiza nuestra decisión cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se denomina **"IRE".**

Primer paso: Para presentar una Apelación de nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro recetador) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si contestamos negativamente a su Apelación de nivel 1, 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, los plazos que se establecen y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos la información que tenemos sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su "expediente del caso". **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**

- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una revisión de su apelación y le da una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa seleccionada por Medicare para analizar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D que le ofrecemos.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. Esta organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones de ella.

Plazos para apelaciones "rápidas" en el nivel 2

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización revisora decide otorgarle una "apelación rápida," la organización revisora deberá darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** de haber recibido nosotros la decisión de la organización revisora.

Plazos para apelaciones "estándares" en el nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar en el nivel 2, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días naturales** de recibida su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
- **Si la respuesta de la Organización de Revisión Independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud –**
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura por el medicamento** aprobada por la organización revisora **dentro de las 72 horas** de recibida la decisión de la organización revisora.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted dentro de los 30 días naturales** de recibida la decisión de la organización revisora.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente a su apelación, significa que la organización acuerda con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a realizar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de nivel 3, el valor dólar de la cobertura de medicamentos que solicita debe alcanzar una suma mínima. 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. Mediante el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el valor dólar que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Tercer paso: Si el valor dólar de la cobertura que solicita cumple el requisito, debe elegir si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si su Apelación de nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, deberá decidir si desea continuar con el nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La apelación de nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluidas las limitaciones de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo: *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la "**fecha de alta**".
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Durante su internación cubierta en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital. Algún integrante del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera) debe entregarle

este aviso en un plazo de dos días después de haber sido internado. Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le informa sus derechos como paciente del hospital, incluido lo siguiente:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación en el hospital y a conocer quién la pagará.
   - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión de su fecha de alta si considera que es muy repentina.

Términos legales
El aviso escrito de Medicare le informa cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria. (En la Sección 8.2 que figura a continuación le informamos cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**
   - Se les solicitará firmar el aviso a usted o a otra persona que actúe en su nombre. En la Sección 5.2 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta (su médico o personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar el aviso ***no* significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) a mano en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.

- Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con los plazos correspondientes a los trámites que debe realizar.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación 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.

Primer paso: Contacte a la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

Una "revisión rápida" también se denomina "revisión inmediata".

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización recibe el pago de Medicare para analizar y ayudar a mejorar la calidad de atención a los beneficiarios de Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso escrito que usted recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo puede comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo).

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar a la medianoche de su fecha de alta programada**. (Su "fecha de alta programada" es la fecha que ha sido fijada para que usted se retire del hospital).

  - Si cumple este plazo, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - Si *no* cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe solicitar a la Organización de Mejoramiento de Calidad una **"revisión rápida"** de su alta. Solicitar una "revisión rápida" significa que está solicitando que la organización aplique los plazos "rápidos" para una apelación en lugar de los plazos estándares.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.

- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores informaron a nuestro plan acerca de su apelación, usted también recibirá un aviso escrito en el que se informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación escrita se denomina "**Aviso Detallado de Alta**". Puede obtener una muestra de este aviso llamando al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html

Tercer paso: 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 respuesta a su apelación de la organización revisora es *afirmativa*, **debemos continuar cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** 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 de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Cuarto paso: Si la respuesta a su Apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación, *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad ha rechazado su apelación *y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar una Apelación de Nivel 2. Durante una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

A continuación se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer paso: Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días naturales** 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 usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Segundo paso: 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.

Tercer paso: Dentro de los 14 días naturales después de la recepción de solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad tomarán una decisión por su apelación y le informarán su decisión.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **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.

- 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.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Cómo ya se explicó en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación por su alta del hospital. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y no más tarde que su fecha de alta programada, lo que suceda primero). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de nivel 1

Si usted no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”.**

Primer paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos “rápidos” en lugar de plazos “estándares”.

Segundo paso: Efectuamos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En este caso, aplicaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Tercer paso: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que su internación en el hospital debe prolongarse después de la fecha de alta y que continuaremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).
- **Si respondemos negativamente a su apelación rápida**, significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
  - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Cuarto paso: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Durante la Apelación de nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se denomina **"IRE (por sus siglas en inglés)".**

Primer paso: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que usted recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *negativa***, significa que están de acuerdo con nosotros en que su fecha de alta programada del hospital era correcta desde el punto de vista médico.
  - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo continuar hacia el Nivel 3 de apelación, que es administrado por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Tercer paso: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *En esta sección, se describen tres servicios solamente:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).

En esta sección, se describen *solamente* los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica domiciliaria** que usted recibe
- La **atención de enfermería especializada** que usted recibe como paciente en un centro de enfermería especializada. (Para conocer los requisitos que se deben reunir para ser considerado un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).
- La **atención de rehabilitación** que usted recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de términos importantes*).

Cuando recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidos su parte de los costos y las limitaciones que se pueden aplicar en la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios (servicios cubiertos y lo que debe pagar)*.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si 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 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

1. **Usted recibe un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención, recibirá un aviso.
   - El aviso escrito le informa la fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
   - El aviso escrito también le informa cómo debe proceder si desea solicitar que nuestro plan cambie la decisión acerca de cuándo finalizar su atención y prolongue la cobertura por más tiempo.

Términos legales
Al informarle lo que puede hacer, el aviso escrito le está diciendo que puede solicitar una "**apelación rápida**". Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención. (La Sección 9.3 que figura a continuación explica cómo debe proceder para solicitar una apelación rápida). El aviso escrito se denomina "**Notificación de no cobertura de Medicare**".

2. **Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de su recibo.**
   - Se les solicitará firmar el aviso a usted o a otra persona que actúe en su nombre. (La Sección 5.2 le informa cómo debe proceder para otorgar un permiso escrito a una persona que actuará como su representante).
   - Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con el plan de que debe finalizar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de que comprende y cumple con las fechas límite correspondientes a los trámites que debe realizar. También se establecen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si usted cree que no estamos cumpliendo con nuestras fechas límite, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se explican los pasos a seguir para presentar una queja).

- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación y decide si la decisión tomada por nuestro plan debe cambiar.

Primer paso: Presente su Apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión. Deberá actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización de Mejoramiento de Calidad?

- Esta organización está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos analizan la calidad de atención de los beneficiarios de Medicare y efectúan una revisión de las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió, se le informa cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo).

¿Qué debe solicitar usted?

- Solicite a esta organización una "apelación rápida" (para realizar una revisión independiente) para verificar si es correcto desde el punto de vista médico que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación el *mediodía anterior a la fecha de vigencia indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare*.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

Segundo paso: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le ha entregado.

- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación; y también le proporcionaremos un aviso por escrito en el que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Este aviso con explicaciones se denomina "**Explicación detallada de no cobertura**".

Tercer paso: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores contestan afirmativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, se pueden establecer limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este cuadernillo).

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente a su apelación?

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total por esta atención.**

Cuarto paso: Si la respuesta a su Apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que presenta es el "nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores contestan *negativamente* a su Apelación de nivel 1 – y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención – usted podrá presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una Apelación de nivel 2. Durante una Apelación de nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó durante su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su Apelación de nivel 2, deberá pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba.

A continuación se describen los pasos para el nivel 2 del proceso de apelaciones:

Primer paso: Debe contactar a la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su Apelación 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.

Segundo paso: 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.

Tercer paso: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta afirmativamente a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos 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.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su Apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará 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.

Cuarto paso: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de nivel 2, podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si usted no cumple con el plazo para hacer su Apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de nivel 1

Si usted no cumple la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la Calidad, podrá apelar ante nosotros, solicitando una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que aplica los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar.

A continuación se enumeran los pasos a seguir para presentar una Apelación de nivel 1 alternativa:

Términos legales
Una revisión "rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Primer paso: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación por su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una "revisión rápida".** Esto significa que nos solicita una respuesta con plazos "rápidos" en lugar de plazos "estándares".

Segundo paso: Realizamos una revisión "rápida" de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.
- Aplicaremos los plazos "rápidos" en lugar de los plazos estándares para informarle nuestra respuesta a esta revisión.

Tercer paso: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba. (Debe pagar su parte de los costos y se podrán aplicar limitaciones a la cobertura).

- **Si nuestra respuesta a su apelación rápida es negativa**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte del costo después de esta fecha.
- Si usted aún recibió atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Cuarto paso: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que cumplimos con todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **estamos obligados a trasladar su apelación a la "Organización de Revisión Independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su caso se traslada *automáticamente* al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Durante la Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su "apelación rápida". Esta organización decide si debería cambiarse nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se denomina **"IRE".**

Primer paso: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. El procedimiento para quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja).

Segundo paso: La Organización de Revisión Independiente efectúa una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa seleccionada por Medicare para actuar como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

- **Si esta organización contesta *afirmativamente* a su apelación**, deberemos reembolsarle (devolverle el dinero) nuestra parte de los costos por la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos prolongar la cobertura de la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización contesta *negativamente* a su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión de nuestro plan a su primera apelación y no la cambiará.
  - El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito cómo debe proceder si desea continuar con el proceso de revisión. Le informará los detalles de cómo debe proceder para presentar una Apelación de nivel 3.

Tercer paso: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si acepta la decisión o si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores contestan negativamente a su Apelación de nivel 2, usted podrá optar por aceptar esa decisión o continuar con el Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, su apelación es revisada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. Si el valor dólar es lo suficientemente alto, la respuesta por escrito que reciba por su Apelación de nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos 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 (denominado Juez de derecho administrativo) o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal** someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o un abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**. Decidiremos si apelaremos esta

decisión al Nivel 4. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales después de recibida la decisión del Juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.

- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o abogado mediador contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

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, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de Apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**. Decidiremos si presentaremos una apelación de esta decisión en el nivel 5. A diferencia de una decisión del Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del elemento o servicio médico cumple con el valor requerido en dólares.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días naturales 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 apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también 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** someterá su apelación a revisión.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si ha presentado una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2 y ambas apelaciones han sido 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. La respuesta por escrito que reciba por su Apelación de nivel 2 le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una Apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos 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 (denominado Juez de derecho administrativo) o mediador independiente que trabaja para el gobierno** federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de derecho administrativo o abogado mediador contesta negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

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.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días naturales** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo contesta negativamente a su apelación o deniega su pedido de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una Apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso escrito también le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** someterá su apelación a revisión.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Si su problema es por decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta parte *no le concierne*. Por el contrario, deberá recurrir al proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo utilizar el proceso para presentar quejas. El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Por ejemplo:
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Considera que alguna persona no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información acerca de su persona que cree debería ser confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está conforme con el trato que ha recibido de nuestro Departamento de Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita, o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Alguna vez ha tenido que esperar demasiado para que lo atendiera un médico, un farmacéutico u otro profesional de atención médica? ¿O el personal del Departamento de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? ◦ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, al adquirir una receta médica o en la sala de exámenes médicos.

Queja	Por ejemplo:
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Considera que no le hemos informado algo que debíamos? • ¿Cree que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la *puntualidad* de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación, debe usar ese proceso y no el procedimiento para quejas. Sin embargo, si ya nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Si nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para otorgarle una decisión de cobertura o responder una apelación, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura es revisada y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, tendremos que cumplir determinados plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con estos plazos, puede presentar una queja. • Cuando no le otorguemos una decisión en tiempo y forma, deberemos elevar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos en la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 11.2 "Hacer una queja" se conoce formalmente como "presentar/hacer un reclamo"

Términos legales
• Lo que en esta parte se denomina "**queja**" también se denomina "**reclamo**". • Otra forma de decir **"hacer un reclamo"** es **"presentar un reclamo".** • Otra forma de decir "**usar el proceso para hacer reclamos"** es "**usar el proceso para presentar un reclamo".**

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Primer paso: 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. (800) 665-3072; los usuarios de TTY deberán llamar al 711, 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si 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. Responderemos a todas las quejas sobre la calidad de la atención por escrito, independientemente de cómo se haya presentado el reclamo, en un plazo máximo de (30) días, a menos que se requiera información adicional.

  Usted o su representante tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina solicite una extensión relacionada con la reconsideración de una determinación de la organización o cuando rechacemos acelerar una solicitud para la determinación o reconsideración de la organización Molina responderá a estas quejas en un plazo de (24) horas después de haberlas recibido.

  La queja debe enviarse en un plazo de 60 días después del evento o incidente. Debemos tratar su queja tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a lo sumo 30 días después de haber recibido su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es 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.

- **Ya sea que llame o escriba, usted debe contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente.** La fecha límite para presentar la queja es de 60 días naturales después de haber tenido el problema que la originó.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o "apelación rápida", automáticamente le daremos una queja "rápida".** Si usted tiene una queja "rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.

Términos legales
Lo que en esta parte se denomina **"queja rápida"** también se denomina **"reclamo acelerado"**.

Segundo paso: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas 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 no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, se lo informaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones que justifiquen esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 11.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió utilizando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad**. Si usted lo prefiere, puede presentar su queja por la calidad de atención que recibió directamente ante esta organización (*sin* presentar la queja ante nosotros).
  - La Organización de 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.
  - Para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el Capítulo 2, Sección 4 de este cuadernillo. Si usted presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.

- **O puede presentar su queja ante ambas entidades simultáneamente**. Si lo desea, puede presentarnos la queja por la calidad de atención y también ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Para obtener información adicional sobre los beneficios y/o procesos cubiertos por Medicaid, debería contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

CAPÍTULO 10

Finalización de su membresía en el plan

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción 240

Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía a nuestro plan 240

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 240

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid 240

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual 241

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage 242

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Periodo de Inscripción especial. 242

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? 243

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? 244

Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan 244

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 245

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan 245

SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos 246

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan? 246

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud 247

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan 247

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su membresía a nuestro plan

La finalización de su membresía en Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo.
  - Se establecen ciertos períodos durante el año, o ciertas situaciones, cuando usted puede cancelar su membresía al plan en forma voluntaria. La Sección 2 detalla cuándo puede cancelar su membresía al plan. La Sección 2 incluye información sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comienza la inscripción a su nueva cobertura.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted selecciona. La Sección 3 explica *cómo* puede cancelar su membresía según cada situación.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica por medio de nuestro plan hasta la cancelación de su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan sólo durante ciertas épocas del año, conocidas como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de abandonar el plan durante el Período Anual de Suscripciones y durante el Período de Suscripciones Abiertas de Medicare Advantage. En determinadas situaciones, usted también podría ser elegible para dejar el plan en otras épocas del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos periodos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Periodos especiales de inscripción:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos periodos, deberá esperar el próximo periodo para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Periodo especial de inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Periodo de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
    - Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

  Nota: Si se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados "válida" por un periodo continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

  Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual (también conocido como el "Periodo Anual de Inscripciones Abiertas"). Este es el momento cuando usted debe revisar su cobertura de salud y medicamentos y tomar una decisión sobre su cobertura para el siguienteo año.

- **¿Cuándo es el Periodo de Inscripción Anual?** Este se presenta del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Periodo de Inscripción Anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el siguiente año. Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
  - *u* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

  Nota: Si cancela 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 de Medicare.

(Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1.° de enero.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage**.

- **¿Cuál es el Periodo de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Todos los años entre el 1.° de enero y el 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede usted cambiarse durante el Periodo de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Periodo de Inscripción especial.

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **Periodo especial de inscripción**.

- **¿Quién es elegible para el Periodo especial de inscripción?** Si cualquiera de las siguientes situaciones aplica en su caso, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Periodo especial de inscripción. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - Por lo general, cuando se ha mudado.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para que "Ayuda Adicional" pague sus recetas médicas de Medicare.
  - Si infringimos el contrato con usted.

- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 puede obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le informa más acerca del periodo especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los Periodos especiales de inscripción?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para conocer si es elegible para el Periodo 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. Esto quiere decir que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede optar por un plan que cubre medicamentos recetados o por uno que no cubre medicamentos recetados).
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
  - – *u* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  Si recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

  Nota: Si cancela una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados por un periodo continuo de 63 días o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. (Cobertura "válida" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, una suma al menos igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Nota: Los secciones 2.1 y 2.2 le informan más acerca del Periodo especial de inscripción por personas con Medicaid y Ayuda Adicional.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede obtener información en el manual ***Medicare y Usted 2021***.

- Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito.
- También puede descargar una copia ingresando a la página web de Medicare (www.medicare.gov). O puede ordenar una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.

- Puede contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Normalmente, usted finaliza su membresía inscribiéndose a otro plan

Normalmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).
- --*o*--Usted puede contactar con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Se cancelará automáticamente su inscripción al plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia.
• Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Se cancelará automáticamente su inscripción al plan Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
• Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. ◦ Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática. ◦ Si cancela 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 si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). • Usted también puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su suscripción a Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) será discontinuada cuando entre en vigencia su cobertura de Medicare Original.

Para preguntas sobre sus beneficios de Michigan Department of Health and Human Services, comuníquese con Michigan Department of Health and Human Services al (517) 373-3740, TTY: 711, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 AM p. m., hora local. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan

Si usted abandona Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), puede transcurrir un tiempo hasta que se produzca la finalización de su membresía y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre la entrada en vigencia de su cobertura nueva). Durante este tiempo, usted debe continuar recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar adquiriendo sus medicamentos recetados en nuestras farmacias de la red hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Generalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si los adquiere en farmacias de la red incluso a través de nuestros servicios de envío por correo.
- **Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su internación en el hospital en general será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se determinó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid.
- Cuando Molina Medicare determina que usted ya no reúne los requisitos de elegibilidad, recibirá una carta de notificación donde se le indique el motivo por la posible cancelación de inscripción. Tendrá seis (6) meses a partir de la fecha de la carta para responder a la reconsideración de su elegibilidad para la membresía en el Plan.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
  - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, deberá llamar al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de otro seguro que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta continuamente de manera inapropiada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
  - Si terminamos su membresía por este motivo, Medicare podría pedir que el inspector general investigue el caso.
- Si debe pagar una suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- 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 folleto).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Molina Medicare Complete Care (HMO SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por una razón relacionada con su salud, usted debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

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. También puede consultar el Capítulo 9, Sección 11 para obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 250

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 250

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 250

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

Varias leyes rigen esta *Evidencia de cobertura* y también podrían aplicar algunas disposiciones adicionales debido a que son requeridas por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aún si las leyes no están incluidas o definidas en este documento. La ley principal que rige este documento es el Capítulo XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de la Ley de Seguridad Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. También pueden regir otras leyes federales y, en ciertos casos, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

Nuestro plan debe cumplir las leyes que lo protegen de la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos** por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, 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 Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y 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.

Si tiene alguna discapacidad y requiere ayuda para el acceso a la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

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 Complete Care (HMO SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de acuerdo con las reglamentaciones del CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: Una apelación es una medida que 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. Por ejemplo: puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, suministro o servicio que usted considera que le corresponde recibir. En el Capítulo 9 se explican las apelaciones que se pueden presentar, incluido el proceso para presentar una apelación.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor que la suma del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO SNP), usted solo debe pagar el monto de costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen "facturaciones de saldo" o le cobren más del monto de costo compartido que su plan establece que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada periodo de beneficios. No hay un límite para la cantidad de periodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos Parte D en la que paga una suma baja de copago o coseguro por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre han gastado $6,550 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede comunicarse con los CMS.

Coseguro: una suma que debe pagar como su parte del costo (costo compartido) de los servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente. Por lo general, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

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. Consulte también "Queja" en la lista de definiciones.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión y que, además, provee diversos servicios como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: 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 una suma fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, puede llegar a pagar $10 o $20 por una consulta médica o un medicamento recetado.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier 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. Una "tasa de costo compartido diario" puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y debe abonar un copago.

Categoría de costo compartido: cada medicamento incluido en la Lista de Medicamentos Cubiertos se clasifica en una de las cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costos compartidos, 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 folleto, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministro cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que pueden proveer personas sin capacitación ni destrezas profesionales y consiste, por ejemplo, en brindar ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Tasa de costo compartido diario: una "tasa de costo compartido diario" puede aplicarse cuando su doctor le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que debe pagar $1 por cada día de suministro cuando surta su receta médica.

Deducible: suma que debe pagar por atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelar su membresía al plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se expende un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica. La tarifa de dispensación cubre costos tales como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

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 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.

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 condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (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 el formulario del patrocinador de su plan (una excepción de formulario), o para adquirir un medicamento no preferido en un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites por la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Ayuda Extra: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (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: tipo de reclamo que usted presenta por nosotros o nuestras farmacias, incluso quejas por la calidad de atención. Este tipo de queja no incluye disputas por cobertura o pagos.

Asistente de atención médica domiciliaria: un asistente de atención médica domiciliaria provee servicios que no requieren las destrezas de un enfermero o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Centro de cuidados paliativos: un miembro que tiene 6 meses de vida o menos tiene derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos. Los centros de cuidados paliativos proporcionarán tratamiento especial para su estado.

Internación en hospital: sucede cuando un paciente se ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un "paciente ambulatorio".

Suma de ajuste mensual conforme con 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 suma prima estándar y un monto de ajuste mensual conforme con los ingresos, también conocido 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.

Límite de cobertura inicial: el máximo límite de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa anterior a que sus gastos totales por medicamentos, incluidas las sumas que ha pagado y que el plan ha pagado en su nombre durante el año, hayan alcanzado los $6,550.

Periodo de inscripción inicial: periodo de tiempo en que puede inscribirse para Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional: un Plan para necesidades especiales que inscribe a individuos elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua por 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros de LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés); centro de enfermería (NF, por sus siglas en inglés); (SNF/NF, por sus siglas en inglés); un centro de atención intermedia para individuos con retraso mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés) o un centro de hospitalización psiquiátrica. Un Plan para necesidades especiales Institucional para atender a residentes de Medicare en centros de LTC debe contar con un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) los centros de LTC específicos.

Plan para necesidades especiales (SNP) institucional equivalente: un Plan para necesidades especiales institucional que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la

organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o "lista de medicamentos") – una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan. Los medicamentos incluidos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Subsidio por bajos ingresos: consulte "Ayuda Extra".

Máximo de gastos de su 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. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para la suma máxima de su propio bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos 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 del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6 para obtener información acerca de cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos 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). Las personas con Medicare pueden recibir su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original, , un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: lapso de tiempo establecido cada año en el que los miembros de un Plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro Plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este periodo, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage es desde el 1.° de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible durante un periodo de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser un HMO, un PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un Plan de

Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare quedan cubiertos a través de este plan y no se pagan bajo la cobertura de Medicare Original. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todos los que tengan Medicare Parte A y Parte B son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare Advantage que se ofrezca en su área.

Programa de descuento de la brecha en cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos sobre la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de brecha en cobertura y no se encuentren recibiendo "Ayuda Extra". Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría pero no todos los medicamentos de marca tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por Medicare Parte A y B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B.

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 Parte B a personas que se inscriben en el plan. El término incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Programas de Demostración o Piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro de asistencia económica para la compra de medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Parte A o Parte B.

Póliza "Medigap" (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las "brechas" en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan, o "miembro del plan"): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Farmacia de la red: una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. Las denominamos "farmacias de la red" porque están contratadas por nuestro plan. 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 que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los denominamos "**proveedores de la red**" cuando están contratados por nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Nuestro plan paga a los proveedores de la red en función

de los contratos que mantiene con los proveedores o si los proveedores aceptan proveerle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Determinación de la Organización: el plan de Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando ella decide si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de una organización se denominan "decisiones de cobertura". En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por cada servicio"): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Medicare Original 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. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha acordado con nosotros la coordinación o provisión de servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores no contratados, no operados ni de propiedad de nuestro plan; tampoco son contratados para proveerle servicios cubiertos. El uso de los servicios de centros o proveedores fuera de la red se describe en el Capítulo 3 de este folleto.

gastos de su propio bolsillo: vea la definición anterior de "costo compartido". El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de "gastos de su propio bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible, a la vez que reciben la atención de alta calidad que ellos necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario. (Para simplificar, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como la Parte D).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos según la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para obtener una lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso de la cobertura como Medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: la suma que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos la misma suma que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un periodo de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D. Usted paga

esta suma más elevada por el periodo que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen ciertas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda Extra" de Medicare para pagar sus costos del plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía. Si pierde la Ayuda Adicional (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.

Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), estaría sujeto a la multa por inscripción tardía mensual en la parte D si alguna vez se ha quedado sin cobertura válida de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de 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 costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. Se asegurará de que usted reciba la atención que necesita para cuidar su salud. Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le refiere a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información acerca de proveedores de atención primaria.

Autorización previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos incluidos o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en negrita en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra "autorización previa". Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Protésicos y ortóticos: son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4 para obtener información acerca de cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo de tiempo específico.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicios: un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si establece límites con respecto a la membresía en función del lugar donde viven las personas. 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). El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención en centros de enfermería especializada, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera o un médico.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio requerido urgentemente se provee para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios requeridos urgentemente pueden proveerse por medio de proveedores de la red o proveedores fuera de la red, en caso de que los proveedores de la red no estuvieran disponibles o no fuera posible acceder a ellos momentáneamente.

Departamento de Servicios para Miembros Molina Medicare Complete Care (HMO SNP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días a la semana, 8:00 a. m. a 8:00 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.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(801) 858-0409
ESCRIBA	Molina Healthcare 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) (SHIP de Michigan) es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 803-7174
TTY	(505) 476-4937 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Project (MMAP) 6105 West St. Joseph Suite 204 Lansing, Michigan 48917-4850
SITIO WEB	http://www.mmapinc.org

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, sírvase escribirnos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*