

2023 | Evidencia de Cobertura

Molina Medicare Choice Care Select (HMO)

Michigan H5926-007

Sirviendo al condado de Alcona, Allegan, Alpena, Antrim, Arenac, Bay, Benzie, Branch, Calhoun, Charlevoix, Clare, Crawford, Emmet, Genesee, Gladwin, Grand Traverse, Gratiot, Hillsdale, Huron, Iosco, Jackson, Kalamazoo, Kalkaska, Kent, Lake, Lapeer, Leelanau, Lenawee, Livingston, Macomb, Manistee, Mecosta, Missaukee, Monroe, Montcalm, Montmorency, Muskegon, Newaygo, Oakland, Oceana, Ogemaw, Osceola, Oscoda, Otsego, Ottawa, Roscommon, Saginaw, Sanilac, Shiawassee, St. Clair, Tuscola, Washtenaw, Wayne y Wexford.

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2023



1.º de enero a 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

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

En este documento, se ofrecen detalles acerca de su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3072 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la Inscripción Abierta).

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

También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema Braille o en letra de molde grande. Los beneficios, y/o los copagos/coseguros podrían cambiar el 1 de enero del 2024.

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

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

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

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 de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

H5926_23_007_MIEOC_C MIM07ECES0922

Tabla de contenidos**Evidencia de cobertura 2023****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: <i>Inicio como miembro</i>	4
SECCIÓN 1	Introducción 5
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan? 6
SECCIÓN 3	Materiales importantes de membresía que recibirá 7
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales para Molina Medicare Choice Care Select (HMO) 8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual 11
SECCIÓN 6	Mantener actualizado su registro de membresía al plan 13
SECCIÓN 7	Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan 14
CAPÍTULO 2: <i>Números telefónicos y recursos importantes</i>	16
SECCIÓN 1	Contactos de Molina Medicare Choice Care Select (HMO) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros) 17
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir asistencia e información directamente del programa Federal de Medicare) 21
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (asistencia gratuita, información y respuestas a sus consultas sobre Medicare) 22
SECCIÓN 4	Organización de mejoramiento de calidad 23
SECCIÓN 5	Seguro Social 24
SECCIÓN 6	Medicaid 25
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados 26
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 27
SECCIÓN 9	¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador? 28
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	29
SECCIÓN 1	Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 30
SECCIÓN 2	Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica 31
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia o durante un desastre 35
SECCIÓN 4	¿Cómo proceder si usted recibe la factura directamente por los costos totales de los servicios? 37
SECCIÓN 5	¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? 38
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución no médica religiosa dedicada a la atención médica” 39
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 40

Tabla de contenidos**CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)* .. 42**

SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos	43
SECCIÓN 2	Usar la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto para usted y cuánto pagará	44
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	80

CAPÍTULO 5: *Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* 83

SECCIÓN 1	Introducción	84
SECCIÓN 2	Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan	84
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en la “lista de medicamentos” del plan	87
SECCIÓN 4	Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	89
SECCIÓN 5	¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera?	90
SECCIÓN 6	¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza?	93
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	95
SECCIÓN 8	Surtir recetas médicas	96
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	96
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y utilización de medicamentos	98

CAPÍTULO 6: *Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D* 100

SECCIÓN 1	Introducción	101
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	101
SECCIÓN 3	Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra	102
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos de categorías 1 a 6	103
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	104
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Brecha en Cobertura	108
SECCIÓN 7	En la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos	108
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra	109

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 111

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	112
-----------	---	-----

Tabla de contenidos

SECCIÓN 2	Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido	114
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente	114
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	116
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan.	117
SECCIÓN 2	Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan	128
CAPÍTULO 9:	<i>¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	130
SECCIÓN 1	Introducción	131
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada	131
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?	132
SECCIÓN 4	Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones	132
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	135
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	141
SECCIÓN 7	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	150
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto	156
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá	162
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	164
CAPÍTULO 10:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	168
SECCIÓN 1	Introducción para terminar su membresía en nuestro plan	169
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	169
SECCIÓN 3	¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?	171
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	171
SECCIÓN 5	Molina Medicare Choice Care Select (HMO) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos	172
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	174
SECCIÓN 1	Aviso de leyes aplicables	175
SECCIÓN 2	Aviso de no discriminación	175
SECCIÓN 3	Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare	175
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	176

CAPÍTULO 1:

Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Molina Medicare Choice Care Select (HMO), que es un plan especializado de Medicare Advantage

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Molina Medicare Choice Care Select (HMO) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato entra en vigencia para los meses en los que usted está inscrito en Molina Medicare Choice Care Select (HMO) entre el 1.º de enero del 2023 y el 31 de diciembre del 2023.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Molina Medicare Choice Care Select (HMO) después del 31 de diciembre

Capítulo 1. Inicio como miembro

del 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en un área de servicio, luego del 31 de diciembre del 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Molina Medicare Choice Care Select (HMO) cada año. Puede continuar 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 cumple con los siguientes requisitos:

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- -- y -- Vive en nuestra área geográfica de cobertura de servicios (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio geográfica, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

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

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Michigan: Alcona, Allegan, Alpena, Antrim, Arenac, Bay, Benzie, Branch, Calhoun, Charlevoix, Clare, Crawford, Emmet, Genesee, Gladwin, Grand Traverse, Gratiot, Hillsdale, Huron, Iosco, Jackson, Kalamazoo, Kalkaska, Kent, Lake, Lapeer, Leelanau, Lenawee, Livingston, Macomb, Manistee, Mecosta, Missaukee, Monroe, Montcalm, Montmorency, Muskegon, Newaygo, Oakland, Oceana, Ogemaw, Osceola, Oscoda, Otsego, Ottawa, Roscommon, Saginaw, Sanilac, Shiawassee, St. Clair, Tuscola, Washtenaw, Wayne y Wexford.

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 de nuestra área de servicio, 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 fuera del área de servicio, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). 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.

Capítulo 1. Inicio como miembro

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

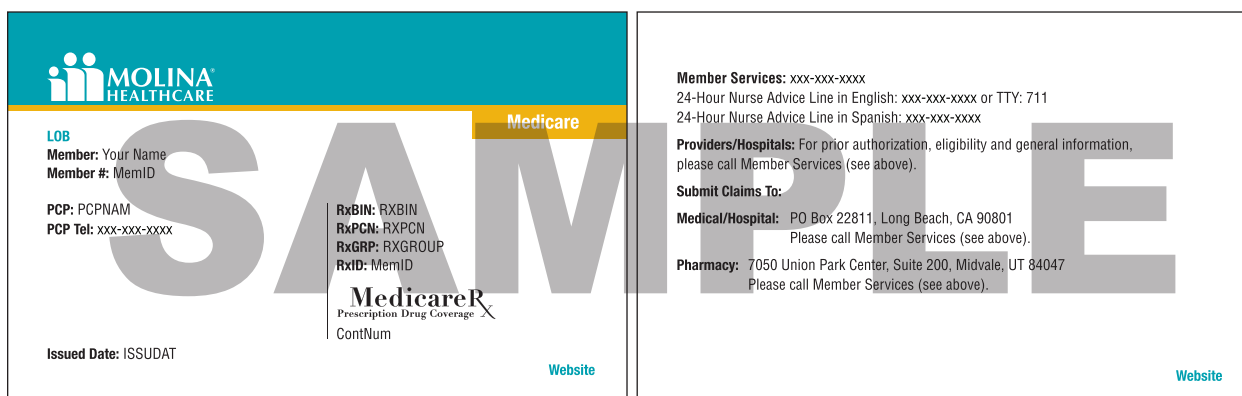
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o residencia legal en EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a Molina Medicare Choice Care Select (HMO) si usted no es elegible para permanecer como miembro. Molina Medicare Choice Care Select (HMO) tendrá que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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



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

En caso de destrucción, extravío o robo de su tarjeta de membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de proveedores*, se enumeran nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos,

Capítulo 1. Inicio como miembro

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.

Si desea recibir servicios y atención médica, debe recurrir a los proveedores de la red. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar la suma total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable ni posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Molina Medicare Choice Care Select (HMO) autoriza el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el directorio de farmacias figuran nuestras 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. En el *Directorio de farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Si desea obtener información sobre cuándo puede hacer uso de los servicios de las farmacias que no están en la red del plan, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener esta información en nuestro sitio 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 Choice Care Select (HMO). Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos de Molina Medicare Choice Care Select (HMO).

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

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

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

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Mensualidad del Plan (Sección 4.1).
- Mensualidad de Medicare Parte B (Sección 4.2)

Capítulo 1. Inicio como miembro

- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3).
- Monto de Ajuste Mensual conforme a los Ingresos (Sección 4.4).

Sección 4.1 Mensualidad del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Molina Medicare Choice Care Select (HMO). Usted debe continuar pagando su prima del plan de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

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

Usted debe continuar pagando sus mensualidades de Medicare para continuar como miembro del plan.

Esto incluye su mensualidad para la Parte B. También puede incluir una mensualidad para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la Parte A gratuita.

Sección 4.3 Mensualidad de los Beneficios Suplementarios Opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios suplementarios opcionales”, pagará una mensualidad adicional cada mes para obtener estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, para obtener más información. *[Si en el plan se describen los beneficios suplementarios opcionales en el Capítulo 4, el plan debe incluir las sumas de la mensualidad de dichos beneficios en esta sección].*

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía en Parte D

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

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

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

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.
- Tuvo cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Se le puede enviar esta

Capítulo 1. Inicio como miembro

información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla para inscribirse posteriormente en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

- **Nota:** En cualquier aviso, se debe establecer que tuvo una cobertura de medicamentos recetados “válida” y que se espera que pague lo mismo que el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Nota:** La información que se detalla a continuación *no* corresponde a una cobertura válida para medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas ni sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si transcurren 63 días o más sin tener la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados después de que, inicialmente, usted era elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego Medicare determina la suma de la prima mensual promedio para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para el 2023, este monto promedio de la mensualidad es de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Este monto se redondea a \$4.60. Esta suma se agregaría **a la prima mensual para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

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

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

Sección 4.5 Monto de ajuste Mensual relacionado con los Ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Suma de Ajuste Mensual Conforme a Ingresos de la Parte D o IRMAA (del inglés Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años. Si esta suma supera una determinada cantidad, usted pagará la mensualidad estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información acerca de la suma adicional que podría tener que pagar de acuerdo con sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Capítulo 1. Inicio como miembro

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Varios miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras mensualidades de Medicare. Como se explicó en la Sección 2, con el fin de ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Parte B. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para la Parte A sin mensualidad) pagan una mensualidad por Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan pagan una mensualidad por Medicare Parte B. **Usted debe continuar pagando sus mensualidades de Medicare para continuar como miembro del plan.**

Para el 2023, Molina Medicare Choice Care Select (HMO) reducirá su prima mensual de Medicare Parte B a . Medicare establece la reducción y la administra a través de la Administración del Seguro Social (SSA). En función de cómo pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar a su cheque del Seguro Social o acreditar en su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare.

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 se requiere que pague una suma extra y usted no la paga, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional.
- Si desea obtener más información sobre las primas de la Parte D según los ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este cuadernillo. 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/TDD 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 del manual *Medicare y Usted 2023* le proporciona información sobre las mensualidades de Medicare en la sección denominada “Costos de Medicare del 2023”. En esta sección, se explica cómo las mensualidades de Medicare Parte B y Parte D difieren para las personas con diferentes ingresos. Cada año, en el otoño, todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia del manual *Medicare y Usted*. Los nuevos miembros de Medicare reciben una copia dentro del mes de haberse inscrito. También puede descargar una copia del manual *Medicare y Usted 2023* desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por

Capítulo 1. Inicio como miembro

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 5.1 En caso de pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varios medios de pago para pagar su multa
--

Tres (3) maneras en las que puede pagar la multa.

Opción 1: Pago con cheque

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

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

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

Opción 2: Transferencia electrónica de fondos

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

Opción 3: Puede hacer que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer que se deduzca la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información para pagar su multa. 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 multa por inscripción tardía de la Parte D

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

Si cree que hemos suspendido su membresía por error, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una queja. En el Capítulo 9, Sección 10 de este cuadernillo, se describen los pasos que se deben seguir para presentar una queja. Si se presentó una emergencia que estuvo fuera de su control y que

Capítulo 1. Inicio como miembro

no le permitió pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D durante nuestro periodo de gracia, puede solicitar que reconsideremos esta decisión si llama 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 deben llamar al 711. Debe efectuar su solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de su membresía.

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

No. No se nos permite comenzar a cobrar una mensualidad del plan durante el año. 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 vigor el 1 de enero.

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

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para obtener la “Ayuda Extra” durante el año, usted podría dejar de pagarla.
- Si pierde la Ayuda Adicional, 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.

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

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía al plan

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red se basan en su registro de membresía para verificar qué servicios y medicamentos están cubiertos y las sumas de costo compartido 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 usted participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado[a] a informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero recomendamos que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, háganoslo saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 1. Inicio como miembro

Los miembros pueden crear una cuenta en línea para cambiar de doctor, actualizar la información de contacto, solicitar una nueva tarjeta de identificación, obtener recordatorios de salud sobre los servicios que necesitan o ver el historial de servicios. Visite MolinaHealthcare.com/Medicare para crear o acceder a su cuenta en línea.

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de un plan médico adicional con nuestro plan

Plan médico adicional

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

Una vez por año, recibirá una carta en la que se enumerará cualquier cobertura adicional de seguro médico o medicamentos de los que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información es incorrecta, o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros seguros médicos (una vez que haya confirmado su identidad), para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil).

Capítulo 1. Inicio como miembro

- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador y/o Medigap.

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Choice Care Select (HMO) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con Departamento de Servicios para Miembros)

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

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

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana de 8:00 a. m. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la Inscripción Abierta) 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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local
FAX	(310) 507-6186
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una solicitud de decisión de cobertura o apelación referente a su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

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

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	Diagnóstico por imágenes avanzado: (877) 731-7218 Trasplantes: (877) 813-1206 Salud Médica/Conductual para pacientes ambulatorios (844) 251-1450 Pacientes hospitalizados: (844) 834-2152 Recetas/Jcodes (866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com

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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
ESCRÍBANOS	
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de Cobertura y 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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El 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 comunicarse con nosotros cuando presenta una queja por su atención médica o 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. 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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas por atención médica – Información de contacto
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Choice Care Select (HMO) 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

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, 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	Solicitudes de Pago por Atención Médica: Información de Contacto
LLAME AL	(866) 290-1309 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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	Parte C (Servicios Médicos): (310) 507-6186 Parte D (Farmacia): (866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitudes de Pago por Medicamentos Recetados de la Parte D: Información de Contacto
LLAME AL	(866) 290-1309 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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El 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

SECCIÓN 2 Medicare

(cómo recibir ayuda e información directamente del programa Federal de Medicare)

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
	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. Incluye documentos 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 Elegibilidad de Medicare: proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • Localizador de Planes de Medicare: ofrece información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) en su área. Estas herramientas ofrecen un <i>cálculo aproximado</i> 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 Choice Care Select (HMO): • Infórmele su queja a Medicare: puede presentar una queja sobre Molina Medicare Choice Care Select (HMO) 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 indicar la información que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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 se conoce como Medicare / Medicaid Assistance Project (MMAP).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Medicare / Medicaid Assistance Project (MMAP) es un programa estatal independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento de seguro médico local gratuito a las personas con Medicare.

Los asesores de Medicare / Medicaid Assistance Project (MMAP) 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) lo pueden ayudar si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare, además de que pueda comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas sobre cómo cambiarse de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP Y A OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) en el centro de la página principal.
- Ahora tiene las siguientes opciones:
 - Opción núm. 1: puede tener una **conversación en vivo con un representante llamando al 1-800-MEDICARE**
 - Opción núm. 2: puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en GO (IR). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

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 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 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 calidad

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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)
LLAME AL	(888) 524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local, multas de semana y días, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local
TTY	(888) 985-8775 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO 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. 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. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
	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 un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen con Medicaid ayudan a las personas a pagar sus costos, como las mensualidades de Medicare. Estos “Programa de Ahorros de Medicare” incluyen lo siguiente:

- **Ayuda a pagar las primas Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las mensualidades de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también pueden reunir los requisitos para ser elegibles y recibir los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las mensualidades de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también pueden optar a los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las mensualidades de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Empleados Calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las mensualidades de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con U.S. Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos.

Método	U.S. Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos: Información de contacto
LLAME AL	(517) 373-3740 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. hora del este.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	U.S. Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos: Información de contacto
ESCRÍBANOS	Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) 333 S. Grand, P.O. Box 30195 Lansing, Michigan 48910
SITIO WEB	http://www.michigan.gov/mdhhs

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

En el sitio web de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>), se proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

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

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

- 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;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

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

- La Mejor Evidencia Disponible (BAE) 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 de la BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros que se detalla en el Capítulo 2. Asimismo, puede comunicarse

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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.

Molina Medicare Choice Care Select (HMO) ofrece cobertura adicional durante la brecha en cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de Brecha en Cobertura, los gastos de su bolsillo para insulinas seleccionadas serán de \$35 de copago. Consulte el Capítulo 6, Sección 2.1 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha en Cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a beneficiarios que no pueden recibir los beneficios del programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”). Para conocer los medicamentos que corresponden a insulinas seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar las insulinas seleccionadas por la nota “SI” (IS) en la Lista de Medicamentos, lo que significa que es una insulina seleccionada. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (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 AIDS (ADAP, AIDS Drug Assistance Program)?**¿Qué es el Programa de Asistencia de Medicamentos contra el AIDS (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 formulario de ADAP pueden calificar para la ayuda de costos compartidos para medicamentos recetados a través del Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, las personas deben cumplir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el Estado y el estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y condición de no asegurado/subasegurado.

Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP), Phone: (888) 826-6565.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program (MIDAP), Phone: (888) 826-6565.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les haga saber si se muda o cambia de dirección postal.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

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 presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a estos números <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	https://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 acerca de sus beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción (o los de su cónyuge) del empleador o de retiro. (Los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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 el plan para sus servicios médicos

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos**SECCIÓN 1 Conceptos que usted debe conocer acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

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

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

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

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

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

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

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

- **La atención médica que recibe se encuentra incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe es considerada médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que suministra y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- En la mayoría de los casos, su PCP de la red debe otorgarle la aprobación por adelantado antes de que usted pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se llama darle a usted una “remisión”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
- Las remisiones de su PCP no son necesarias en casos de atención de emergencia o de servicios requeridos urgentemente. También se proveen otros tipos de atención que no requieren la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 3 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con los mismos costos compartidos que normalmente paga dentro de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera provisional, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional. Los costos compartidos que usted paga por diálisis en el plan nunca pueden exceder los costos compartidos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden exceder los costos compartidos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor de diálisis habitual dentro de la red no está disponible de manera provisional y elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos para la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica**Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de atención primaria (PCP) que brinde y supervise su atención médica****Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP**

Al convertirse en miembro de nuestro plan, deberá elegir un proveedor de la red, que será su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP). Su PCP puede ser un médico, una enfermera especializada u otro profesional de atención médica que cumpla los requisitos estatales y esté capacitado para brindarle atención médica básica. Los profesionales de salud son elegibles para prestar servicios como PCP de nuestro Plan cuando ejercen en las áreas de medicina de familia, medicina general, geriatría, medicina interna o tocoginecología. 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

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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 lo 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 anteriores al consultorio de este. En la Sección 3, encontrará información sobre cómo protegemos la privacidad de su historia clínica y la información médica personal.

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

La relación con su PCP es importante. Le recomendamos que elija un PCP cerca de su casa. Tener a su PCP cerca hace que sea más fácil recibir atención médica y entablar una relación abierta y de confianza. Para obtener una copia actualizada del Directorio de proveedores y farmacias o para obtener asistencia adicional para elegir un PCP, comuníquese con 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 sus antecedentes médicos y estará al corriente de cualquier afección médica existente que usted pueda tener. De ahora en más, su PCP será responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Por lo tanto, si tiene alguna inquietud relacionada con la salud, será el primero con el que debe comunicarse. Encontrará el nombre y el número telefónico del consultorio de su PCP impreso en su tarjeta de membresía.

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

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

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

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si usted es un miembro existente, puede recibir una continuidad de la atención hasta por un año para servicios continuos luego de la interrupción de un contrato entre Molina Medicare Choice Care Select (HMO) 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 Choice Care Select (HMO) trabajará con el proveedor médico no contratado para llevarlo a la red de Molina Medicare Choice Care Select (HMO) como un proveedor contratado o trabajará con usted y el proveedor para transferir su atención a un profesional dentro de la red durante el 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 Choice Care Select (HMO) puede extender el periodo de 90 días si fuera necesario para satisfacer alguna necesidad excepcional que pudiera tener.
2. Molina Medicare Choice Care Select (HMO) 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 externo se inició **después** de su inscripción con Molina Medicare Choice Care Select (HMO).
3. El proveedor a cargo de la atención continua no cumplió con los criterios/las políticas de acreditación de Molina Medicare Choice Care Select (HMO) en el pasado o intenta lograr la acreditación al mismo tiempo que brinda atención.

Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia, sin importar si usted obtiene estos servicios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios requeridos urgentemente son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, y que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles ni son accesibles de manera temporal o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si llegase a necesitar atención médica inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

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

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

- Los oncólogos 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. Si su doctor o especialista abandona nuestro plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de, al menos, 30 días que su proveedor abandona su plan, a fin de 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 está en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que recibe no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista aprobado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con los costos compartidos dentro de la red. Es muy importante obtener una autorización previa de nuestro plan antes de consultar a proveedores fuera de la red. Si no tiene la aprobación del plan, es posible que Molina Medicare Choice Care Select (HMO) no cubra estos servicios.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si se entera de que su doctor o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.
- Si cree que no le asignamos un proveedor aprobado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO (Organización de Mejoramiento de Calidad), una queja sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

Si necesita atención médica que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proveer esta atención, podrá recibir esta atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, necesitará una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener asistencia (la información de contacto se encuentra en la cubierta posterior de este folleto). Si recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare ni el plan serán responsables de los costos.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere 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 (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o 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. No es necesario que acuda a un doctor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- 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.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

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

Los médicos que le proveen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Una vez que haya finalizado la emergencia, usted tendrá derecho a recibir cuidado de seguimiento para verificar que su estado continúe estable. Sus doctores continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros a fin de planificar atención adicional. El cuidado de seguimiento está cubierto por nuestro plan. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos coordinar que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

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

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

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

Sección 3.2 Atención en casos de servicios requeridos urgentemente
--

¿Qué son “servicios requeridos urgentemente”?

Un servicio requerido urgentemente es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente prestados fuera de la red. Los siguientes son algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente: i) un dolor de garganta intenso que ocurre durante el fin de semana o ii) un brote inesperado de una afección conocida cuando usted está fuera del área de servicio de manera provisional.

Cuando un proveedor de la red no está disponible o no se puede acceder a él momentáneamente, se puede recibir cuidado urgente en cualquier centro de cuidado 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.

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.

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

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

Visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare si desea obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

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

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

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

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

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

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

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 agotar el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si paga los costos una vez que se alcanzó el límite del beneficio, esos costos no contarán para el cálculo del máximo de gastos de su bolsillo.

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

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

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados “ensayos clínicos”) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, se solicitan voluntarios para participar en estos.

Una vez que Medicare aprueba el estudio y usted manifiesta su interés, alguien que trabaja en él se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para este y comprenda en su totalidad y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos avise, ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan.

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

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

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

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

- Habitación y comidas por estadías 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.

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

que demuestre el monto de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 si desea obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

En el siguiente ejemplo, se explica 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 Original Medicare, pero la prueba solo sería \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría los \$20 de copago que se requieren de conformidad con Medicare Original. Luego, usted debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y enviar la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y que no se utilizan 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

Si desea obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” (Medicare and Clinical Research Studies) que está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.

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

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

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

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

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

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

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

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

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

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

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

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otro tipo de equipo médico duradero que debe alquilar.

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

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

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

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

Capítulo 3. Cómo usar el plan para sus servicios médicos

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

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

Sección 7.2	Normas para el mantenimiento, los suministros y el equipo de oxígeno
--------------------	---

CAPÍTULO 4:

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

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)**SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de su bolsillo por servicios cubiertos**

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

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

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

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

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

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

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

Como miembro de Molina Medicare Choice Care Select (HMO), la suma máxima que deberá pagar de su propio bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2023 es \$8,300. Las sumas que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de esta suma máxima de su bolsillo. (Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza la suma máxima de su bolsillo de \$8,300, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores realicen “facturaciones de saldo”

Como miembro de Molina Medicare Choice Care Select (HMO), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar la suma de costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales independientes, conocidos como “facturación del saldo”. Esta

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

protección tiene validez incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y 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, en caso de emergencias o servicios requeridos urgentemente).
 - 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, en caso de emergencias o servicios requeridos urgentemente).
- Si cree que un proveedor le realizó una “facturación de saldo”, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

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

- Los servicios cubiertos de Medicaid deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted debe recibir atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea de emergencia o cuidados de urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados.

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

- Tiene un Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe. En la mayoría de los casos, su PCP debe otorgarle su aprobación previa antes de que usted pueda consultar otros proveedores de la red del plan. Esto se llama darle a usted una “remisión”.
- Algunos de los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada “autorización previa”) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual *Medicare y Usted 2023*). 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 Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted.
- Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.



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

Tabla de beneficios médicos

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: • 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 a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);	Usted paga \$0 de copago por cada tratamiento cubierto cubierto por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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. Requisitos del proveedor: Los médicos (según se define en 1861(r)(1) de la Ley de seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (IPA), personal de enfermería profesional (NPS) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 410.26 y 410.27.	
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros 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 el 20 % del costo por cada visita de ida en ambulancia relacionada con Medicare. Se necesita una autorización previa únicamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia. Si necesita atención de emergencia, llame al 911 y solicite una ambulancia. Refiérase a “Cobertura internacional de emergencia/urgencia” en esta

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	tabla si necesita transporte de emergencia en ambulancia fuera de los EE. UU. Solo se requiere autorización previa para una ambulancia que no sea de emergencia
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 la inspección visual, la palpación, la auscultación y la 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 después de su consulta 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.
 Medición 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.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen de detección del cáncer de mama (mamografías)* Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de 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 de diagnóstico y se cubren según “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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y 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 \$30 por consulta por servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) cubiertos por Medicare en un entorno de atención primaria como el consultorio de su médico. Puede que se requiera autorización previa.
 Consulta para la reducción del 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.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 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: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicoláou y exploraciones pélvicas se cubren 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: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones.	Paga \$0 por consulta para estos servicios cubiertos por Medicare.
 Examen de detección de cáncer colorrectal* Para personas mayores de 50 años, se cubren los siguientes servicios: • Sigmoidoscopia flexible (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses Uno de los siguientes cada 12 meses: • 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 colonoscopia (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: Examen de detección por colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopia.	
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 Original Medicare.	Usted paga \$40 por estos servicios/servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización previa para el cuidado dental integral.
 Examen preventivo de la 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.
 Examen de detección de la 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.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para la diabetes y suministros * Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa a fin de evaluar la precisión de las tiras reactivas y los medidores.	Usted paga \$0 si verifica para: -calcio o plaquetas para personas diabéticas. -Capacitación para el autocontrol de la diabetes. Usted paga \$0 por suministros para diabéticos cubiertos. Puede que se requiera autorización previa para los

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ 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 en la sangre de marca preferida no requieren de autorización previa. - Pueden ser limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte. ◦ Insulina • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones.	suministros de calzado y plantillas para personas diabéticas. No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos. No se requiere autorización previa para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipos médicos duraderos (Durable medical equipment, DME) y suministros relacionados (Si desea obtener una definición de “equipo médico de uso prolongado”, consulte el Capítulo 12, así como el Capítulo 3, Sección 7, de este documento). 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 Original Medicare. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com.	Usted paga el 20 % del costo de los DME y los suministros relacionados cubiertos por Medicare. Su parte de los costos puede ser menor si va a un proveedor preferido. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito(a) durante 36 meses. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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 (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo) o la pérdida de una extremidad o de una función de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. 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.	Paga \$90 por cada consulta en 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 “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” 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 volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O debe recibir su atención durante hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. 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

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	tabla para obtener más información.
Beneficio de acondicionamiento físico (Suplementario) * Usted recibe una membresía de un centro de acondicionamiento físico para acudir a centros de acondicionamiento físico participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un kit de Home Fitness. El kit lo ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y se encuentran sujetos a cambios. Los kits están sujetos a cambios.	Usted paga \$0 por estos servicios. Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.
 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. 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.	Usted paga \$0 por estos servicios.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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 6:00 a. m. a 6:00 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 el control de peso.	
Si desea obtener información y/o materiales para o controlar el peso, llame al (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 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.	
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 remisión ni autorización previa	
Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare)	Paga \$40 para los 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.	Puede que se requiera autorización previa.
 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.
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria 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 enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domiciliaria combinados que recibe deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • 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 Original Medicare. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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	Paga el 20% del costo por la terapia de infusiones en el hogar cubierta por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.
Cuidados paliativos* 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. Puede recibir cuidados de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de MA posee o controla, o sobre los cuales tiene una participación financiera. Su doctor de cuidado paliativo puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de cuidado de respiro a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando se le admite en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en su plan, debe seguir pagando las mensualidades del mismo.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, Medicare Original y no Molina Medicare Choice Care Select (HMO) 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.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
<u>Para servicios de cuidado paliativo y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.	
<u>Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal:</u> si necesita servicios que no son de emergencia ni 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 si recurre a un proveedor que forma parte de la red de nuestro plan y si cumple con las normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).	
• Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibirlos, solamente paga el monto de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. • 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 (Original Medicare).	
<u>Para servicios que están cubiertos por Molina Medicare Choice Care Select (HMO), pero no por Medicare Parte A o B:</u> Molina Medicare Choice Care Select (HMO) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no lo estén por la Parte A o B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la suma del costo compartido de su plan por estos servicios.	
<u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga los costos compartidos. Si no están relacionados con su afección terminal, usted paga los costos compartidos de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare</i>).	
Nota: Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para las personas desahuciadas 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. • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B • Vacuna contra el COVID-19. • 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVID-19.
Servicios de Apoyo en el Hogar Los miembros elegibles tienen acceso a hasta 90 horas cada año. Usted cuenta con acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen asistencia con la limpieza, las tareas del hogar y la preparación de comidas, así como asistencia con otras actividades fundamentales de la vida diaria.	Usted paga \$0 por estos servicios.
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.	Cada período de beneficios usted pagará: - \$450 para los días 1 a 4 - \$0 por los días 5 al 90 y por cada día de reserva de por vida que usted elige usar después de los 90 días - Todos los costos posteriores a los días de reserva de por vida de Medicare (hasta 60 días durante su vida) Aplican los períodos de beneficio Medicare. Un período de

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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 • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho 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 Original Medicare. Si Molina Medicare Choice Care Select (HMO) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • 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 médicos.	beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener.
Nota: Para que usted pase a ser un paciente hospitalizado, 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 tiene dudas acerca de si es un paciente ambulatorio u hospitalizado, pregúntele al personal del hospital.	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.
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 el sitio web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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.	Si recibe atención durante hospitalización autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.
	Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico 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 períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios períodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite vitalicio de 190 días.	Paga la suma de costo compartido de Original Medicare 2023 por período de beneficio, que se determinará por Medicare en el otoño de 2022. El costo compartido de 2022 es: - \$1,556 de deducible por internación -\$0 para los días 1 a 60 -\$389 por día para los días 61 a 90 -\$778 por día para los días del 91 en adelante por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida)* - Todos los costos posteriores a los días de reserva de por vida de Medicare
Medicare no cubre: • Servicios privados de enfermería. • Un teléfono o televisor en su habitación • Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria)	Aplican los períodos de beneficio Medicare. Un período de beneficio comienza el primer día que usted ingresa a un hospital para pacientes internos cubierto por Medicare o a un SNF. El período de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención en hospital para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF una vez finalizado un período de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener. Si usted es internado al término del año, y no es dado de alta

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	hasta el siguiente año, su beneficio y gasto compartido se basa en el año en el que fue internado. Si recibe atención durante hospitalización autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red. Puede que se requiera autorización previa.
Hospitalización: 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 médicos. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para sanar 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	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” Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	
 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 Original Medicare) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año 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 Original Medicare. 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 el 20 % del costo para 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. En algunos casos, requerimos que primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa misma afección. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la afección, pero el Medicamento A cuesta menos, es posible que deba probar primero el Medicamento A. Si el medicamento A no funciona, le cubriremos el medicamento B. Puede obtener más información sobre cómo determinamos si la terapia progresiva es necesaria visitando MolinaHealthcare.com.	• “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” Los medicamentos Parte B pueden estar sujetos a terapia progresiva. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Tarjeta MyChoice La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito de beneficios prepagados que puede usarse para pagar ciertos beneficios suplementarios del plan, tales como: • Elementos de venta libre. • Beneficios Suplementarios Especiales para enfermedades crónicas: opción de menú*. * Se aplican requisitos de elegibilidad. La tarjeta de débito prepagada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por esta tarjeta de beneficios. Los fondos se cargan a la tarjeta en cada período de beneficios. Un periodo de beneficios puede ser mensual, trimestral o anual, según los beneficios. Al final de cada período de beneficios, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente período o año del plan. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de su fecha de vigencia de la cancelación. Las asignaciones para tarjetas MyChoice solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Para obtener más información sobre su beneficio de OTC llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Choice Care Select (HMO).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a su tarjeta MyChoice.
Asesoramiento nutricional (suplementario) * Puede obtener asesoramiento nutricional telefónico personalizado 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 llamarlo. • La intervención telefónica tiene una duración de 30-60 minutos. • Se le proporcionará información de contacto para obtener más información y/o para el seguimiento, según sea necesario o deseado. También puede obtener hasta 12 sesiones individuales en persona o grupales cada año natural. Su proveedor le referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
 Examen preventivo de obesidad y tratamiento para promover la pérdida de peso constante* Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para 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 de programas para tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • U.S. para el tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de EE. UU. • Dispensación y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	Usted paga \$0 por servicios brindados por el programa de tratamiento de opioides ambulatorio cubierto por Medicare. Usted puede pagar un costo compartido por los medicamentos del tratamiento de opioides y la dispensación y administración de dichos medicamentos. No se requiere autorización previa para los servicios ambulatorios del programa de tratamiento de opioides cubiertos por Medicare, pero esta podría ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento del uso de opioides.
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 • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para sanar fracturas y luxaciones.	Usted paga el 20% del costo por los servicios ambulatorios cubiertos por Medicare: • Los servicios radiológicos terapéuticos como el tratamiento con radiación (radio e isótopos) para el cáncer, incluidos los materiales y suministros técnicos.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Nota: No hay un cargo separado por los suministros médicos que se usan rutinariamente en una consulta médica y que están incluidos en los cargos del proveedor por esa consulta (como vendas, hisopos 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 tal como se muestra. • Análisis 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.	• Suministros médicos y quirúrgicos, tablillas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones. Usted paga \$0 de copago en centros independientes o el 20% del costo en el hospital por lo siguiente: • Pruebas de diagnóstico no radiológicas para pacientes ambulatorios (tales como electrocardiogramas, electroencefalogramas y estudios del sueño). Se aplica un copago de \$225 a Servicios Radiológicos de Diagnóstico Complejos para Pacientes Ambulatorios. Se aplica un copago de \$125 a todos los demás Servicios Radiológicos de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios.
	Puede que se requiera autorización previa. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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 los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si tiene dudas acerca de si es un paciente ambulatorio, pregúntele 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 el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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.	Puede que se requiera autorización previa.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 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, tales como servicios de observación o cirugía ambulatoria. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de internación sin ella	Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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 los montos de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”. Si tiene dudas acerca de si es un paciente ambulatorio, pregúntele 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 el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-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.	Puede que se requiera autorización previa.
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especializada, auxiliar médico u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado. 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.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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.	
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).	Puede que se requiera autorización previa.
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.	• Cada consulta de terapia individual o grupal ambulatoria cubierta por Medicare. • Cada servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.
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 hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un “paciente ambulatorio”.	Puede que se requiera autorización previa.
Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementarios)* Usted obtiene \$90 cada trimestre para gastar en elementos, productos y medicamentos OTC aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible si utiliza su tarjeta MyChoice

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Si no utiliza todo el monto de su beneficio trimestral, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente período de beneficios. 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: • En línea: visite NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. • A través de las tiendas minoristas participantes. Consulte su Catálogo de artículos OTC del 2023 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de soporte de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de artículos OTC del 2023.	
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.	por cada día que califique para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 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 mental y no requiere que se quede a pasar la noche. Puede que se requiera autorización previa.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen: • 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 • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los 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 telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Para encontrar un proveedor de la red, visite nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. ◦ Las consultas médicas virtuales son consultas médicas que se ofrecen fuera de los centros médicos por parte de proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y recursos de audio/video en vivo. ◦ Nota: No todas las enfermedades se pueden tratar a través de consultas virtuales. El médico que ofrece la consulta virtual determinará si usted necesita consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos brindados por un médico o proveedor médico, están destinados a 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. Puede que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. Puede que se requiera autorización previa. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. Puede que se requiera autorización previa.	para consultas de atención primaria \$50 para las consultas al especialista. Usted paga \$0 por servicios adicionales de telesalud proporcionados por un proveedor de la red que actualmente ofrece los servicios a través de telesalud. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si sucede lo siguiente: ◦ Asiste a una consulta presencia en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: ◦ no es un paciente nuevo, and ◦ 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. • 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, and ◦ 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 médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • 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 si son provistos por un médico). Puede que se requiera autorización previa. • 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.	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios de podología (cubiertos por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón) • Cuidados del pie de rutina para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	por cada consulta podológica cubierta por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.
 Exámenes de detección del 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.
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 sección para obtener más información.	por cada dispositivo ortopédico u ortótico cubierto por Medicare, incluido el reemplazo o reparación de dichos dispositivos y los suministros relacionados. Puede que se requiera autorización previa.
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.	por cada consulta de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.
Tecnologías de acceso remoto (suplementario)* Tecnología basada en el teléfono o en Internet: los miembros pueden hablar con un médico autorizado por el Consejo Médico, las 24 horas del día, los 365 días del año, por Internet, teléfono o aplicación móvil. Los médicos pueden diagnosticar problemas de salud comunes, recomendar terapia, y (si es necesario y apropiado) presentar una receta médica electrónica	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
o telefónica a cualquier farmacia de la red local. Las recetas de medicamentos que no sean de la DEA no están cubiertas y no siempre son necesarias para tratar la afección. Este beneficio está diseñado para manejar problemas médicos que no sean de emergencia y no está diseñado para reemplazar la atención del proveedor de cuidados primarios. Los problemas de salud comunes que se pueden diagnosticar y tratar usando este beneficio incluyen problemas de los senos paranasales, infecciones respiratorias, alergias, infecciones del tracto urinario, conjuntivitis, síntomas comunes del resfriado y la gripe, y muchas otras enfermedades que no son de emergencia. No utilice este beneficio si está experimentando una emergencia médica.	
 Examen preventivo y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol* Cubrimos exámenes preventivos para adultos por consumo inadecuado de alcohol con Medicare (incluidas embarazadas) que consumen alcohol de forma inadecuada, pero no son alcohólicos. 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.	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.
 Examen preventivo de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT)* Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para 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. <i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después del examen preventivo mediante LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para el examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
un médico o proveedor no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	
 Examen preventivo para infecciones de transmisión sexual (Sexually Transmitted Infections, STI) y asesoramiento para prevenirlas* Cubrimos exámenes preventivos para las siguientes infecciones de transmisión sexual (sexually transmitted infection, STI): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes preventivos están cubiertos para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de contraer una STI cuando un proveedor de cuidados primario se los solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de 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.	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 para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales durante la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra fuera del área de servicio de manera provisional, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional). • 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)	

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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”.	
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 documento. 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 cuidado (esto incluye sustancias que se encuentran 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 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 detallan 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.	Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)* <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de consejería 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.
Servicios para dejar de fumar y de consumir tabaco (Suplementario) *	Puede que se requiera autorización previa.
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 período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico	por visitas de Terapia de Ejercicio Supervisada (SET, Supervised Exercise Therapy) cubiertas por Medicare. Puede que se requiera autorización previa.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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 período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario.	
Servicios requeridos urgentemente Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevistas que no son de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero que, debido a sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. Los siguientes son ejemplos de servicios requeridos urgentemente que el plan debe cubrir fuera de la red: i) usted necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra fuera del área de servicio del plan de manera provisional. Los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios. Si obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red no es razonable debido a sus circunstancias, su plan cubrirá los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera 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.	
 Cuidado para la vista (cubierto por Medicare) Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto.	Usted paga por el cuidado para la vista, como exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa para artículos para la vista.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Entre las personas que presentan un alto riesgo de sufrir glaucoma, se incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, personas diabéticas, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispanicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	
 Consulta preventiva de “Bienvenida 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 ciertos exámenes de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente en los primeros 12 meses en que tiene Medicare Parte B. Cuando concierte su cita, informe al consultorio de su doctor que desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”.
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (Suplementaria) * Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta cada año natural para atención de emergencia/cuidado urgente a nivel internacional fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).	Usted paga \$0 por estos servicios.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como cuidados de emergencia o urgencia si la atención se hubiera proporcionado en United States. 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 (lo que incluye pero no se limita a, conversión de moneda o cargos por transacción) no están cubiertos. U.S. abarcan 50 estados, District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.	

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

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

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

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
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.
* Cuidado de custodia	✓	
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos. Los procedimientos y elementos experimentales son aquellos elementos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.		Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	✓	
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.	✓	
Comidas entregadas en la vivienda	✓	
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	✓	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Cuidado dental no rutinario		La atención odontológica requerida para el tratamiento de una enfermedad o de una lesión puede estar cubierta como atención médica ambulatoria o durante hospitalización.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en el costo del mismo. Calzado

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

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
		ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
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.	✓	
Exámenes de la vista rutinarios, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		Se cubre el examen de los ojos y un par de anteojos (o lentes de contacto) para personas que hayan atravesado una cirugía de cataratas.
Anulación de procedimientos de esterilización y/o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, rellenos o dentaduras postizas.	□	
Cuidado de los pies de rutina		Cierta cobertura limitada suministrada de conformidad con las pautas de Medicare, (p. ej., en caso de diabetes).
Exámenes de audición de rutina, aparatos auditivos o exámenes para adaptar los aparatos auditivos.	✓	
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	

*El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, los 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 los medicamentos recetados
de la Parte D*

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B y los beneficios de medicamentos paliativos.

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 (un doctor, dentista u otro recetador) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal vigente.
- Su recetador no debe estar en las Listas de Preclusión o Exclusión de Medicare.
- Por lo general, usted debe presentar la receta médica en una farmacia de la red para surtir su medicamento. (Consulte la Sección 2, *Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- El medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada “lista de medicamentos”). (Lea la Sección 3: *Sus medicamentos deben estar incluidos en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una “indicación médica aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada).

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

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

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

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

Capítulo 5. Utilización de la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.2 Farmacias de la red****¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?**

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

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 contraportada de este cuadernillo) o utilizar el Directorio de farmacias. También puede obtener esta información si ingresa a nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

Se deben surtir algunas recetas médicas 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 LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro 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 Farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

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

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

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o visitar nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Por lo general, un servicio farmacia 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 están impresos en la contraportada de este cuadernillo) para obtener ayuda con la recepción de un suministro provisional de su receta médica.

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

Renovaciones de recetas médicas de pedido por correo. Para renovar sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar las renovaciones programadas si todavía tiene una cantidad suficiente de medicamento o si se lo cambiaron. Si elige no utilizar nuestro programa de renovación automática, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se venza su receta médica actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo. Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara las renovaciones por correo de manera automática, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

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

Sección 2.4 ¿Cómo obtener un suministro prolongado de medicamentos?

Cuando usted adquiere un suministro prolongado de medicamentos, su parte del costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros prolongados (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en nuestra Lista de Medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

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

Sección 2.5 Casos en que usted puede usar una farmacia que no está en la red del plan**Su receta médica puede estar cubierta en ciertas situaciones**

Generalmente, cubrimos medicamentos 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. Le pedimos que primero se

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

comunique con el Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Lo más probable es que se le pida pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si usted debe adquirir un medicamento en una farmacia fuera de la red, generalmente, deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento que adquiere el medicamento. 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 de la Parte D que están cubiertos
--------------------	---

El plan tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos en forma abreviada “Lista de Medicamentos”**.

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por el plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

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

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

- La Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó para el diagnóstico o la afección para los que se recetó.
- o apoyado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca registrada, medicamentos genéricos y productos biosimilares.

Un medicamento de marca registrada es un medicamento recetado que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca registrada que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos a base de una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a “medicamentos”, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una opción genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca registrada y los productos biológicos y, por lo general, cuestan menos. Existen medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca registrada y algunos productos biológicos.

Medicamentos de venta libre

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos recetados y funcionan de la misma manera. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, 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 la Lista de medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis (6) “categorías de costo compartido” para los medicamentos en la Lista de Medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos del plan se incluyen en una de las categorías de costos compartidos seis (6). 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 (costo compartido más bajo)
- Categoría 2: genéricos
- Categoría 3: marca preferida
- Categoría 4: medicamento no preferido
- Categoría 5: categoría de medicamentos especializados (costo compartido más elevado)
- Categoría 6: Medicamentos de Atención Selecta (parte del costo más baja)

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 tres (3) maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.

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

2. Visite el sitio web del plan (MolinaHealthcare.com/Medicare). La lista de medicamentos que se publica en la página web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de 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.

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué existen restricciones para algunos medicamentos?

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la manera más eficaz.

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

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

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

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

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber qué debe 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).

- Límites de cantidad: podemos restringir la cantidad de recetas médicas según la seguridad y la eficiencia.
- Autorización previa: el plan puede utilizar estos requisitos de aprobación previa para garantizar 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 frente a D: D: algunos medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

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

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 registrada está disponible, las farmacias de la red le proveerán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos informa la razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos para tratar la misma afección serán eficaces, entonces cubriremos el medicamento de marca registrada. (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 denomina “**autorización previa**”. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por el plan.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia 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 funciona para usted, entonces el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “**terapia progresiva**”.

límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede obtener cada vez que se le surta una receta médica. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

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

Hay veces en las que hay un medicamento recetado que toma, o un medicamento que usted o su proveedor considera que debe tomar, que no se encuentra en nuestro formulario o que se encuentra en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la marca que usted desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se establecen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, según se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costo compartido que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.

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

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

- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de Medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.
- Si 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 utiliza no está en la Lista de Medicamentos o existen restricciones, tendrá las siguientes opciones:

- Puede adquirir un suministro provisional del medicamento
- Puede cambiar a otro medicamento.
- 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 debe ofrecerle un suministro provisional de un medicamento que ya está tomando. Este suministro provisional le dará tiempo para consultar con su proveedor por el cambio en la cobertura y decidir cómo proceder.

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

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

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

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

- 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), cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que tenga una receta médica por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para surtir medicamentos provisionalmente por única vez, aunque ya hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “Parte D” y que compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted pueda recibir los beneficios del acceso fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre un suministro provisional, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

1) Puede cambiar a otro medicamento.

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

2) Puede solicitar una excepción.

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

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulten en el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Explica los procedimientos y las fechas límite 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:

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que considera muy alto, comience por hablar con el proveedor. Tal vez haya otro medicamento en un nivel de costos compartidos 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 afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Usted puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan 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 6.4 para obtener más información sobre cómo proceder. Ahí se explican los procedimientos y las fechas límites establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos de nuestra categoría cinco (5): la 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.**
- **Transferir un medicamento a una categoría de costo compartido mayor o menor.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **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, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea regularmente. A continuación, destacamos las veces que usted recibirá avisos directos si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

Cambios en su cobertura de medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **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. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos. Además, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo al instante a un nivel de costos compartidos más alto, o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se añade el nuevo medicamento genérico.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está actualmente tomando el medicamento de marca registrada. Si está tomando el medicamento de marca registrada en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. 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.
 - Usted o el recetador pueden solicitarnos hacer una excepción y continuar con la cobertura de su medicamento de marca registrada. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo haremos saber de inmediato.
 - 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 en la Lista de Medicamentos, o cambiar el nivel 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.
 - Para estos cambios, debemos avisarle con una antelación de al menos 30 días o darle aviso del cambio y una renovación por 31 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe consultar con su recetador para cambiarse a un medicamento diferente que cubrimos o para cumplir con cualquier nueva restricción al medicamento que está tomando.
 - Usted o su recetador puede solicitar que el plan haga una excepción y usted continúe con la cobertura de su medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante este año del plan

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

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

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

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

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

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

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

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

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

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos ni 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.
- 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.

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

- 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.

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

- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control exclusivamente del fabricante como condición de venta

SECCIÓN 8 Surtir recetas médicas**Sección 8.1 Proporcione su información de membresía**

Si desea surtir su receta médica, proporcione la información de su membresía del plan, que se encuentra en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará de modo automático al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagar a la farmacia *su* suma de costo compartido cuando retira el medicamento recetado.

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

Si no tiene la información de membresía del plan con usted cuando surta su receta médica, usted o la farmacia pueden llamar 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 está internado en un hospital o un centro de cuidados especializados por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de cuidados especializados, el plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este Capítulo.

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

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

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

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

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

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el empleador de su esposo[a]) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo**. Él o ella le pueden ayudar a determinar cómo trabajará su cobertura para medicamentos recetados actual con nuestro plan.

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

Nota especial sobre ‘cobertura acreditable’:

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

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

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

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

En el caso de que renuncie a su elección de cuidado paliativo o sea dado de alta del centro de cuidado paliativo, nuestro plan deberá cubrir todos sus medicamentos como se explica en este documento. Para prevenir retrasos en

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

una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, traiga la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta en el plan.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos**Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura**

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

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

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

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

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

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

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

Si planificamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que pensamos se deben aplicar. Tendrá la oportunidad de

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

decirnos qué doctores 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 cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y su recetador tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos 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.

No lo incluiremos en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor paraneoplásico activo o anemia drepanocítica, si está recibiendo cuidado paliativo o terminal, o si vive en un centro de cuidados prolongados.

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

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

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

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas cuyos costos son elevados, o quienes son parte de un Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) en el que se ayuda a los miembros a consumir opioides de forma segura, pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de salud puede hacerle una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá qué medicamentos está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre cómo desechar de forma segura medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela 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 pregunta acerca de este programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

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

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas médicas y qué normas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, Secciones 1 a 4, se explican estas normas.

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

Existen diferentes tipos de gastos de su bolsillo para los medicamentos Parte D. 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 el monto que usted debe pagar por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de su bolsillo

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 Choice Care Select (HMO)?

Existen cuatro “etapas de pagos de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados conforme a Molina Medicare Choice Care Select (HMO). Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando

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

obtiene un medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de Deducible Anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de Brecha en Cobertura

Etapas 4: Etapa de Cobertura de Catástrofe

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina – El costo dependerá del Subsidio por Bajos Ingresos de cada persona. Si no recibe “Ayuda Adicional” con los costos de su medicamento recetado, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente de la categoría de costo compartido en la que se encuentre, incluso si no pagó su deducible.

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 resumen 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 un registro de su **“costo total por medicamentos”**. Este es el monto que paga de su propio bolsillo o que otros pagan en su nombre, más el monto pagado por el plan.

Si usted adquirió una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Descripción de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información correspondiente a ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla el total de costos de medicamentos, cuánto pagó el plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Esto se llama información “del año hasta la fecha”. Muestra el costo total por medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Esta información mostrará el costo total por medicamentos y la información sobre los aumentos en el precio desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Recetas médicas alternativas disponibles de menor costo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un menor costo compartido para cada pedido de receta médica.

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

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que le surtan una receta médica.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos cuáles son las recetas médicas que surte y cuánto está pagando.
- **Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.** Es probable que, a veces, usted pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los gastos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los gastos de su bolsillo, envíenos las copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuando debe proporcionarnos copias de sus recibos médicos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando usted efectúa un copago por medicamentos provistos a través de un programa de asistencia al paciente del fabricante.
 - Cuando usted compra medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o en otras oportunidades en que usted ha pagado el precio total por un medicamento cubierto en casos especiales.
 - Si usted recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Si desea obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos efectuados por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program), un programa de asistencia para medicamentos contra el AIDS (ADAP), los Servicios de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando usted recibe una *EOB de la Parte D*, revísela para verificar que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Los miembros del plan pueden acceder a sus EOB en línea en Caremark.com. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducibles, usted paga el costo total de sus medicamentos de categorías 1 a 6

La Etapa de Deducibles es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Cuando esté en esta etapa de pago, **deberá pagar el costo total** de sus medicamentos hasta que alcance la suma deducible del plan, que es de \$505 para 2023. Pagará un deducible anual de \$505 para medicamentos de categorías 1 a 6. **Debe pagar la suma total** de sus medicamentos de categorías 1 a 6 hasta llegar a la suma deducible del plan. Para el resto de los medicamentos, no deberá pagar ningún tipo de deducible y comenzará a recibir la cobertura inmediatamente.

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

- Por lo general, el “**costo total**” es inferior al precio total normal del medicamento debido a que nuestro plan negoció tener costos inferiores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Una vez que pague \$505 por sus medicamentos categorías 1 a 6, usted abandona la Etapa Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

No existe deducible para insulinas seleccionadas de Molina Medicare Choice Care Select (HMO). Durante la Etapa de Deducible, los gastos de su bolsillo para insulinas seleccionadas serán de \$35 de copago. Para conocer los medicamentos que corresponden a insulinas seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de forma electrónica. Puede identificar las insulinas seleccionadas por la nota “SI” (IS) en la Lista de Medicamentos, lo que significa que es una insulina seleccionada. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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

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

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

El plan establece seis (6) categorías de costos compartidos

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

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

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 adquiere 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

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

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

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

En la Etapa de cobertura inicial, su parte del costo por un medicamento cubierto será un copago o un coseguro. Como se muestra en la siguiente tabla, la suma del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido. En algunas ocasiones, el costo del medicamento es menor que el de su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

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

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)	\$ 15 de copago	\$ 15 de copago	\$ 15 de copago	\$ 15 de copago
Categoría 2 de costos compartidos (Genéricos)	\$ 20 de copago	\$ 20 de copago	\$ 20 de copago	\$ 20 de copago
Categoría 3 de costos compartidos (Marca preferida)	\$ 47 de copago	\$ 47 de copago	\$ 47 de copago	\$ 47 de copago
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	\$ 100 de copago	\$ 100 de copago	\$ 100 de copago	\$ 100 de copago
Categoría 5 de costos compartidos (Categoría de medicamentos especializados)	26 % del costo	26 % del costo	26 % del costo	26 % del costo

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)	Costo compartido de pedido por correo	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red
	(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 31 días)	(La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro de hasta 31 días)
Categoría 6 de costos compartidos (Medicamentos de Atención Selecta)	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
Costos compartidos Insulinas seleccionadas	\$ 35 de copago	\$ 35 de copago	\$ 35 de copago	\$ 35 de copago

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

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

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

Sección 5.4 Tabla en la que se muestran sus costos por un suministro a largo plazo (de hasta 90 días) de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días.

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

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

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

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (un suministro de hasta 90 días)
Categoría 1 de costos compartidos (Genéricos preferidos)	\$ 45 de copago	\$ 30 de copago
Categoría 2 de costos compartidos (Genéricos)	\$ 60 de copago	\$ 40 de copago
Categoría 3 de costos compartidos (Marca preferida)	\$ 141 de copago	\$ 94 de copago
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamento no preferido)	\$ 300 de copago	\$ 300 de copago
Categoría 5 de costos compartidos (Categoría de medicamentos especializados)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de categoría cinco (5).	Para los medicamentos de categoría cinco (5), el servicio de pedido por correo no está disponible.
Categoría 6 de costos compartidos (Medicamentos de Atención Selecta)	\$15 de copago	\$10 de copago
Costos compartidos Insulinas seleccionadas	\$ 70 de copago	\$ 70 de copago

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos totales de medicamentos anuales alcanzan los \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma total de los costos de los medicamentos recetados que ha adquirido alcancen el **límite de \$4,660 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

La Descripción de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D que recibió lo ayudará a mantener un registro de lo que usted, el plan y, también, terceros, han pagado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

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

Le informaremos si alcanza esta suma de \$4,660. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Brecha en Cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los gastos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha en Cobertura

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 se contabilizan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado, y lo(a) 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. Únicamente la suma que usted paga cuenta y lo hace avanzar en la brecha en cobertura.

Usted continúa pagando estos costos hasta que los pagos de cada año de su propio bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. En 2023, esa suma es \$7,400.

Molina Medicare Choice Care Select (HMO) ofrece cobertura adicional durante la brecha en cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa de Brecha en Cobertura, los gastos de su bolsillo para insulinas seleccionadas serán de \$35 de copago. Es posible que pague menos si recibe "Ayuda Adicional". Para saber qué medicamentos corresponden a Insulinas Seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas seleccionadas por la nota "SI" (IS) en la Lista de Medicamentos, lo que significa que es una insulina seleccionada. Si tiene alguna pregunta sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

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 \$7,400, pasa de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.

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

Ingresa en la Etapa de Cobertura de Catástrofe cuando los gastos de su bolsillo alcancen el límite de \$7,400 por el Año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura catastrófica, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

En esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos por sus medicamentos. Usted pagará lo siguiente:

- **Su parte** de los costos por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que fuera *mayor*:
 - *ya sea*, un coseguro del 5 % del costo del medicamento
 - o \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

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

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra

Nuestro plan ofrece cobertura para varias vacunas y vacunas de la Parte D cubiertas por los beneficios médicos. **Debido a que la cobertura de las vacunas puede ser compleja, le sugerimos que se comuniquen con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna inquietud antes de recibir cualquier vacuna.**

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**.
- 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).

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

1. El tipo de vacuna (contra qué se lo está vacunando).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de Beneficios Médicos [servicios cubiertos y lo que usted debe pagar]* en el Capítulo 4).
- 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 obtiene la vacuna.

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

3. Quién administra la vacuna.

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

Mensaje Importante Acerca de lo que Usted Paga por Vacunas – Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

- A veces, cuando se le aplica la vacunación, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando obtiene una vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación, detallamos tres ejemplos de medios por los que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Recibe su vacunación en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que se coloquen vacunas en las farmacias).

- Usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de la aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor.
- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- 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: Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su doctor, donde recibe la vacuna.

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

CAPÍTULO 7:

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

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

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

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

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

A continuación, enumeramos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

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

Puede recibir servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece o no a nuestra red. En estos casos,

- usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios requeridos urgentemente. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted, accidentalmente, paga la suma total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reembolso de nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- A veces usted 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 usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.

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

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

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como “facturación del saldo”. Este factor de protección (por el cual nunca paga más de el monto 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.

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

- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre la suma que usted ha pagado y la suma que debería haber pagado según el plan.

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

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

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

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

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

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que cubrimos farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para ver un análisis de estas circunstancias.

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.

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

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

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

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

Puede solicitarnos que le hagamos un reembolso mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado]. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

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

Reembolsos por servicios médicos:

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

Número de fax: (310)507-6186

Reembolsos de la Parte D:

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

Debe presentar su reclamo dentro de un (1) año posterior a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo). Si no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe facturas y no sabe qué hacer con ellas, lo podemos ayudar. También nos puede llamar si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió las normas, pagaremos nuestra parte del costo del servicio. 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.

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos. Le enviaremos una carta en la que se explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y el derecho que tiene para apelar esta decisión.

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

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

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

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidad cultural como miembro del plan.****Sección 1.1 Debemos brindarle información de una manera adecuada y coherente con sus sensibilidades culturales**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**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.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. 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.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de compartir su información médica con cualquier persona que no le proporcione atención o pagando por su atención, *estamos obligados primero a obtener permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener permiso escrito de usted primero. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
 - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica, incluida información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información con fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; por lo general, se requiere que no se divulgue la información que lo identifica de manera particular.

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

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

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

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

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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

PHI significa *información médica protegida*. La información médica protegida (protected health information, 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) en todo 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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿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 manera alguna.

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. También se encuentra en nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com. Usted también puede obtener una copia de nuestra Notificación de las Normas de Privacidad si llama a nuestro Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department) 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

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, Inc (“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 esta notificación. La fecha de vigencia de esta Notificación es el 23 de septiembre de 2013.

PHI significa *información médica protegida*. La información médica protegida (protected health information, 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 remisiones 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 de la factura que nosotros pagaríamos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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:

Requeridos por ley.

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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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.

Otras divulgaciones.

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

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

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su información médica protegida (PHI) con cualquier propósito que no se haya especificado en esta notificación. Molina necesita su autorización a fin de divulgar su PHI para los siguientes propósitos: (1) la mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para fines de marketing; y (3) usos y divulgaciones que comprendan la venta de la 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 usos o divulgaciones de información médica protegida (PHI) (compartir su información médica protegida (PHI))**

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

- **Solicitar comunicación confidencial de la información médica protegida (PHI)**

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su información médica protegida (PHI) de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su confidencialidad. 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. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

• Revisión y Copia de su información médica protegida (PHI)

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida (PHI) que esté en nuestro poder. Esto puede incluir registros usados para coberturas, reclamos y otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota Importante: No tenemos copias completas de su historial médico. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

• Enmendar su información médica protegida (PHI)

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su información médica protegida (PHI). Esto solo aplica a aquellos registros sobre usted como miembro que estén en nuestro poder. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si denegamos su solicitud.

• Recibir un resumen de las divulgaciones de PHI (difusión de su PHI)

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su información médica protegida (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 período de 12 meses. Deberá presentar una solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para su solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services Department) de Molina al (800) 665-3072, los 7 días de la semana de 8:00 a. m. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la Inscripción Abierta). 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 (Member Services Department) de Molina (800) 665-3072 los 7 días de la semana de 8:00 a. m. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la Inscripción Abierta)

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

Por escrito:

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

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

Oficina de Derechos Civiles
Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D. C. 20201
Teléfono: (800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697, Fax: (800) 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 cambios

Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. 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 (Member Services Department) de Molina (800) 665-3072 los 7 días de la semana de 8:00 a. m. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la Inscripción Abierta)
Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidadesPor escrito:

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

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

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

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

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

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica**Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica**

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye obtener información sobre programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a utilizarlos con seguridad.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

- **Tiene derecho a conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si usted rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, los pacientes están incapacitados para tomar decisiones sobre su atención médica a causa de un accidente o una enfermedad seria. Usted tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en una de estas situaciones. Esto significa que, *si usted lo desea*, puede hacer lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por anticipado para estas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para estas. 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.** Puede obtener un formulario de directiva anticipada 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.
- Los formularios también están disponibles a través de un enlace a Caring Connections en nuestro sitio web o en <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>
- **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 doctor y a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda hacerlo. Se recomienda entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

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

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

Recuerde que es su elección si desea completar una directiva anticipada 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.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

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

Para quejas sobre profesionales de atención médica:

Michigan Department Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Health Care Services - Health Facility Complaints
P.O. Box 30664
Lansing, MI 48909
Phone: (800) 882-6006, TTY: 711

Para quejas sobre centros de atención médica:

Michigan Department Licensing and Regulatory Affairs
Bureau of Health Care Services - Health Facility Complaints
P.O. Box 30664
Lansing, MI 48909
Phone: (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 problemas, inquietudes o reclamos y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento encontrará información sobre lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar un queja), **estamos obligados a tratarlo justamente.**

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

Si se trata de un acto de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si usted cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no se han respetado por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si es por otro motivo

Si cree que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, y *no* por discriminación, puede obtener ayuda con su problema:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades**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**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación se encuentra disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice la *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, puede encontrar detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe. En el capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.**
- **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 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 ayudarlo(a) a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Cumpla con los planes de tratamiento y las indicaciones que acordaron usted y sus doctores.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **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:
 - Debe seguir pagando una mensualidad por Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

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

CAPÍTULO 9:

*¿Qué hacer si tiene algún problema
o queja?*

*(decisiones de cobertura,
apelaciones, reclamos)*

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

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

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

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

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

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

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

- Se utilizan palabras más simples en lugar de términos legales. Por ejemplo, en este capítulo, generalmente se utiliza la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización” o “determinación de cobertura”, “determinación de 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 conozca los términos legales correctos. Conocer los términos que se deben utilizar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión 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 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene una queja sobre nuestro trato hacia usted, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, debe siempre comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero, en algunas situaciones, también necesitará asistencia o guía de otras organizaciones externas que no están relacionadas con nosotros. A continuación, se detallan dos entidades que pueden ayudarlo(a).

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

Cada estado cuenta con un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa le pueden ayudar a decidir qué proceso debe utilizar para tratar cualquier problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindar más información y ofrecer asesoramiento sobre qué hacer.

Los servicios de los asesores SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

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

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar sus problemas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La siguiente guía le ayudará.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si los servicios de atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en la que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, “Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones”**.

No.

Salte a la **Sección 10** al final de este capítulo, “**Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**”.

DECISIONES Y APELACIONES DE LA COBERTURA

SECCIÓN 4 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso que existan problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos con los pagos. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

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. 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 remite a un médico especialista.

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

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 circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación. Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto por Medicare para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está conforme, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que trataremos más adelante, puede solicitar una "apelación rápida" o acelerada de una decisión de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina "apelación de Nivel 1". En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que cumplimos con las normas correctamente. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se desestimará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Entre los ejemplos de cuándo se desestimará una solicitud, se incluyen casos en los que la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso, pero contestamos negativamente de forma total o parcial su apelación de Nivel 1, puede presentar una apelación de Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros lleva a cabo la apelación de Nivel 2. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2, por lo que usted no necesita hacer nada. Para apelaciones de medicamentos de la Parte D, si nuestra respuesta es negativa de forma total o parcial a su solicitud, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está de acuerdo con la decisión que se tomó en la apelación de Nivel 2, puede recurrir a los niveles adicionales de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener asistencia cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

Estos son recursos que puede usar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos al Departamento de Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener ayuda** de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

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

- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el formulario para “Nombrar un Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su doctor u otro recetador pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su doctor o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea designar a un amigo, a un familiar o a otra persona para que sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite el “Formulario para nombramiento del representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/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.
 - 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 (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será destituida. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **usted no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué parte de este capítulo se brindan detalles para su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Dado que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el doctor le está dando el alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto”. (*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]*).

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

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1	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. En el Capítulo 4 de este documento, se describen estos beneficios: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que debe pagar)*. Para simplificar, generalmente nos referimos a la “cobertura de atención médica” o “atención médica” que incluye elementos y servicios médicos, 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. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le hemos informado que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado por la atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención médica domiciliaria, o atención en centros de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF), tiene que leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura****Términos legales**

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama “**determinación de organización**”.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación acelerada**”.

Paso 1: Determine si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Por lo general, una "decisión de cobertura estándar" se resuelve en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para atención médica *que aún no recibe*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si al aplicar las fechas límite estándar, *su salud o su capacidad de funcionar resultan perjudicadas*.
- Si su doctor nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una decisión de cobertura rápida.
- Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su doctor, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Se le explique que, si su doctor solicita la decisión de cobertura rápida, le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Se le explique que puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos las fechas límite estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un elemento o servicio médico**. Si su solicitud es para **un medicamento recetado de Medicare Parte B**, le daremos una respuesta dentro de las **72 horas** después de recibir su solicitud.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta por 14 días adicionales** si su solicitud es por un elemento o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida”. Responderemos a su queja tan pronto como hayamos tomado la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado

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.

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una “queja rápida” (consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo(a) llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama “reconsideración”. Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.
--

Paso 1: Determine si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

Por lo general, una "apelación estándar" se resuelve en un plazo de 30 días. Por lo general, una "apelación rápida" se resuelve en un plazo de 72 horas.

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

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted y/o su doctor deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su doctor nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” detallados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Presente una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si presenta una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su doctor pueden agregar más información para apoyar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se examina con detalle toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, nos comunicarnos con usted o su doctor para recopilar más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta por 14 días calendario adicionales** si su solicitud es por un elemento médico o servicio. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento recetado de 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. El proceso de apelación de Nivel 2 se explica en la Sección 5.4.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “No” a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente se enviará la apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

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

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. En el caso que su solicitud sea para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le informaremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si su apelación es sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que usted aún no ha recibido. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita una extensión o si necesitamos más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un elemento o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - Si considera que *no* deberíamos extender el plazo, puede presentar un “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le entregaremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le entregamos una respuesta dentro de la fecha límite (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente la revisará. El proceso de apelación de Nivel 2 se explica en la Sección 5.4.
- **Si nuestra respuesta es “Sí” a una parte o a toda su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario o, **en un plazo de 7 días calendario**, si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es “No” a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos de manera automática su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2.**Términos legales**

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es **“Entidad de Revisión Independiente”**. A veces se denomina **“IRE (Independent Review Entity)”**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo 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

- Para la “apelación rápida”, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su apelación.

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

- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si tuvo una “apelación estándar” en el nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el nivel 2

- Para la “solicitud estándar”, si esta es por un elemento o servicio médico, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le informa su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es “Sí” a una parte o a toda la solicitud de un elemento o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, contamos con un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la organización de revisión es “Sí” a una parte o a toda la solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en cuestión **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas** contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:
 - Se explica la decisión.
 - Le notifique sobre el derecho a presentar una Apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple un valor mínimo determinado. En el aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le informará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Se le informará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

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

- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por atención médica?

En el Capítulo 7, se describe cuando usted puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, significa que está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es “Sí”:** 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 en un plazo de 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si nuestra respuesta a su solicitud es “No”:** 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 informe que no pagaremos los servicios y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si no solicita un reembolso por la atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago 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 naturales.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los

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

costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “Medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “Lista de Medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.

- Si no tiene conocimientos sobre si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de que le proporcionemos cobertura.
- Si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse tal como se indica, la farmacia le entregará un aviso por escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “ determinación de cobertura ”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección describe qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura para un medicamento Parte D que no se encuentra en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar que hagamos una excepción a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar el pago de un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en una categoría de costo compartido superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reintegro. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?****Términos legales**

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una “**excepción de formulario**”.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una “**excepción de categoría**”.

Si un medicamento no está cubierto como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor u otro recetador deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos tres ejemplos de excepciones que usted, su doctor u otro recetador pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento Parte D para usted que no esté en nuestra Lista de Medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que aplica a los medicamentos en la categoría seis (6). No puede solicitar una excepción por el monto del costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
 - 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción aplicada a su caso, usted podrá solicitar una excepción por el monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
 - 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en una de las seis (6) 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.
- 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.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca registrada, puede solicitarnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento 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.

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

- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido para cualquier medicamento de la categoría cinco (5) especializada.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de un nivel de costos compartidos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

Sección 6.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones**Su médico debe especificar las razones médicas**

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una 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 o es probable que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si nuestra respuesta a su solicitud es “No”, puede solicitar una nueva revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.**Términos legales**

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman dentro de las 72 horas después de recibir la declaración de su doctor. Las “**decisiones de cobertura rápida**” se toman en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su doctor.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no recibe*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el reintegro de un medicamento que ya compró).
 - Aplicar las fechas límite estándares puede *causar graves daños a su salud o dañar su capacidad de funcionar*.

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

- **Si su doctor u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su doctor o recetador, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que:
 - Se explique que utilizaremos las fechas límite estándares.
 - Se explique que, si su doctor u otro recetador solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente tomaremos una decisión de cobertura rápida.
 - Se le informe cómo se puede presentar una “queja rápida” acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas después de la recepción.

Paso 2: solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Usted también puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su doctor (u otro recetador) o su representante. Usted también puede buscar a un abogado que actúe en su nombre. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede conceder un permiso escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración de apoyo”,** que corresponde a la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.***Plazos para una “decisión de cobertura rápida”***

- Generalmente, debemos entregarle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si denegamos la totalidad o parte de su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde 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

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una Organización de Revisión Independiente la revise.
- Si nuestra respuesta es “Sí” a una parte o a todo lo que solicitó, debemos **proporcionar la cobertura** que habíamos acordado **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración de apoyo de su doctor que respalda su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita donde 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 pago por un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 14 días naturales de haber recibido su solicitud.
- Si nuestra respuesta a parte o toda su solicitud es negativa, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene el derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1.**Términos legales**

Una apelación al plan por una decisión de cobertura de medicamentos Parte D se denomina una “**redeterminación**” del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” se realiza generalmente dentro de las 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su doctor u otro recetador deberán decidir si se requiere una “apelación rápida”.

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

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, un doctor u otro recetador deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, entonces debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (800) 665-3072.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas en el Formulario de Solicitud para la Determinación de Cobertura CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted debe presentar la apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha que consta en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para hacer su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, se pueden incluir los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información en su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden agregar más información para apoyar su apelación.

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Si solicita una apelación rápida, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le informamos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” para un medicamento que aún no recibe.

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.

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

- Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es “Sí” a parte o a toda su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura tan pronto como lo requiera su estado de salud, **a más tardar 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa en cuanto a una parte o a toda su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito en donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa y cómo puede apelar nuestra decisión.

Las fechas límite para una “apelación estándar” con respecto al pago de un medicamento que ya compró.

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, también estamos obligados a pagarle a usted dentro de los 30 días naturales de haber recibido su solicitud.
- **Si denegamos la totalidad o parte de su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su apelación, usted decidirá si desea continuar el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2.

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** analizará 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 (Independent Review Entity)”**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 1: usted (o su representante, su doctor u otro recetador) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, cuáles son las fechas límite que se establecen y cómo puede comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación “en riesgo” en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su “archivo del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo del caso.**
- Tiene derecho a brindar información adicional a la Organización de Revisión Independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

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.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una “apelación rápida”.
- Si la organización revisora decide otorgarle una “apelación rápida”, la organización de revisión deberá entregarle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud de apelación.

Las fechas límite para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.***Para “apelaciones rápidas”:***

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para “apelaciones estándar”:

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

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud de cobertura, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente aprueba, en parte o en su totalidad, una solicitud de reintegro por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago usted en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si esta organización responde negativamente ante su apelación, ya sea en parte o en su totalidad, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta en la que:

- Explique su decisión.
- Se le informe sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor dólar de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Se le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones).
- Si desea presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su internación cubierta en el hospital, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudarán a coordinar la atención que pudiera requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la “**fecha de alta**”.
- Cuando se determine su fecha de alta, su doctor o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos**

En un plazo de dos días de su admisión en el hospital, recibirá un aviso escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), puede solicitarla a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros al o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. Le indica:

- Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
- Su **derecho a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que es demasiado pronto para recibirla. Esta es una manera formal y legal de solicitar una demora en la fecha para recibir su alta a fin de que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.

2. Se le solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.

- Usted u otra persona que actúe en su nombre deben firmar el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica 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 con más de dos días de anticipación 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 o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en el siguiente enlace: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital.

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. O con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

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

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de doctores y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno Federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿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 consulte el Capítulo 2 para encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado.

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**.
 - **Si cumple con esta fecha límite**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
 - **Si no cumple con esta fecha límite**, y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- 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 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. Para el mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le entregaremos un **Aviso Detallado de Alta**. En este aviso, se indica la fecha planificada para el alta, además de que se explican en detalle los motivos por los que su doctor, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado de Alta** llamando al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un modelo del aviso en línea en el siguiente enlace: www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad, o “los revisores”, le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. 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.

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

- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nosotros en que se le indica su fecha programada de alta médica. En el aviso, también se le explica en detalle las razones por las cuales su doctor, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de recibir 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 de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos por el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta a su apelación de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** el mediodía de la fecha *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.
- Si la respuesta de la organización revisora a su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted recibe a partir de las 12 del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación, y usted continúa hospitalizado después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al “nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital.

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su internación después de la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* ante 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.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.**

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la recepción de solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión por su apelación y, luego, se la informarán.***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. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2 (un total de cinco niveles de apelaciones). Si decide avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?**Términos legales**

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación acelerada**”.

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar con rapidez para iniciar su apelación de Nivel 1 sobre su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad, puede presentar la apelación por otros medios.

Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso a paso: Cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1.****Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.**

- Solicite una “revisión rápida”. Esto significa que nos solicita una respuesta con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Efectuamos una “revisión rápida” de su fecha de alta programada y verificamos si es médicamente apropiada.

- 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 siguieron todas las normas.

Paso 3: Le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicitara una “revisión rápida”.

- Si aceptamos su apelación, esto significa que estamos de acuerdo en que usted aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta médica. Continuaremos proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos por 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 médicamente apropiada. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
 - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación, su caso se trasladará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2.**

Términos legales
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ” o “ IRE ” (Independent Review Entity).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. Tampoco está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Además, esta organización indica si la decisión que tomamos es correcta o debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Enviaremos su caso 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 informarle que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una queja).

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 2: La organización de revisión independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta hospitalaria.
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es *afirmativa***, debemos realizar un reintegro de nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea 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 que su fecha de alta hospitalaria programada era médicamente apropiada.
 - El aviso escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que lo maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: 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 responden negativamente ante su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o si desea avanzar al Nivel 3.
- En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1 *En esta sección, solo se describen tres servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).*

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 8.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura****Términos legales**

“Notificación de no cobertura de Medicare”. Le indica cómo puede solicitar una **“apelación rápida”**. Solicitar una apelación rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo detener su atención.

- 1. Recibirá una notificación por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso, se indica lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
 - La forma de solicitar una “apelación rápida” para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.
- 2. Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito para mostrar que lo recibió.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan sobre detener la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por un período prolongado.

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. O con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de doctores y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno Federal para controlar y ayudan a mejorar la atención a los pacientes que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*), se le informa cómo comunicarse con esta organización. O consulte el Capítulo 2 para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado.

Actúe rápidamente:

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

- Debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad para iniciar su apelación al *mediodía* anterior a la fecha de vigencia indicada en la Notificación de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para contactar a esta organización.

- 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 8.5.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Términos legales
“Explicación detallada de no cobertura”. Aviso en el que se proporcionan detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad, “los revisores”, le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. 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 informarán sobre su apelación y le proporcionaremos la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se explica en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En en el plazo de un día completo después de recibir toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.***¿Qué sucede si los revisores aprueban 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, pueden haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden negativamente?

- Si los revisores contestan *negativamente*, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.**

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por un período prolongado.

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de sus servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad respondió *negativamente* ante su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 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 revisora responde favorablemente?***

- **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.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar con las apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?**Puede presentar una apelación**

Como se explicó anteriormente en la, debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación *Alternativa* de Nivel 1.

Términos legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: comuníquese con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita una respuesta con fechas límite “rápidas” en lugar de “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos por la finalización de la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información relacionada con su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha de finalización de la cobertura del plan por los servicios que usted recibía.

Paso 3: Esto significa que le informaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de solicitar una “revisión rápida”.

- **Si nuestra respuesta a su apelación es afirmativa**, significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar; y continuaremos proporcionando 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 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 recibió servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

Paso 4: Si respondemos *negativamente* a su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Términos legales
El nombre formal de la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ” o “ IRE ” (Independent Review Entity).

Paso a paso: Proceso de apelación *Alternativa* de Nivel 2.

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Además, decide si se debe cambiar la decisión. **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.

Paso 1: Enviaremos su caso 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 informarle que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 10 de este capítulo, se describen los pasos que deben seguirse para presentar una queja).

Paso 2: la organización de revisión independiente efectúa una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le informan su respuesta en un plazo de 72 horas.

- 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 realizar un reintegro de nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió 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 el monto 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.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le informará por escrito cómo debe proceder si desea avanzar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: 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 decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

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

- En la apelación de Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador revisa su apelación. En la Sección 9 de este capítulo, encontrará más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más**Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico**

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba, se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta.

- **Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador aprueban su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se presentará una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer 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 apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se aprueba su apelación, o si el Consejo deniega nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.

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

- 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 apelación termina.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó tanto una apelación de Nivel 1 como una apelación de Nivel 2 y se rechazaron ambas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. En la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2, se le explicará con quién debe comunicarse y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

apelación de Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno Federal revisará su apelación y le informará su respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como 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. En la notificación que reciba, se le indicará qué debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

apelación de Nivel 4, el Consejo de Apelaciones (Consejo) de Medicare revisará su apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** 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 responde negativamente a su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten avanzar a una apelación de Nivel 5. También le informará con quién se debe comunicar y los pasos que debe seguir si decide continuar con la apelación.

apelación de Nivel 5, un juez de la Corte de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y tendrá que decidir si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS**SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos****Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan por el proceso de quejas?**

El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas, tales como problemas relacionados con la calidad del cuidado, tiempos de espera y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

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	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguna persona lo ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con 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?

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

Queja	Por ejemplo:
	• ¿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 o de exámenes médicos, o al adquirir una receta médica.
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	• ¿No le entregamos un aviso necesario? • ¿Nuestra información escrita es difícil 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).	Si nos solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo: • Nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y rechazamos su solicitud. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para otorgarle una decisión o apelación de cobertura. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. En ese caso, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja**Términos legales**

- Una “**queja**” también recibe el nombre de “**reclamo**”.
- “**Presentar una queja**” también recibe el nombre de “**presentar un reclamo**”.
- “**Utilizar el proceso para quejas**” también recibe el nombre de “**utilizar el proceso para presentar un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también recibe el nombre de “**reclamo acelerado**”.

Capítulo 9. ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja.****Paso 1: contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.**

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- **Trataremos de resolver su queja por teléfono.** Si solicita una respuesta por escrito, presente un reclamo por escrito, o si su queja se refiere a la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, realizaremos un procedimiento formal para revisar sus quejas. Esto se denomina proceso de reclamos para miembros. Usted o su representante autorizado tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina Medicare Choice Care Select (HMO) acepte una prórroga relacionada con la decisión de reconsideración o determinación de organización, o cuando rechazamos una solicitud para acelerar una reconsideración o determinación de la organización. (No podemos extender el proceso cuando tomamos una decisión de cobertura o decidimos que una apelación implica un medicamento Parte B o Parte D). Molina Medicare Choice Care Select (HMO) responderá a estas quejas aceleradas en un plazo de veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción. Debemos tratar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a lo sumo 30 días después de haber recibido la queja. Podemos extender el plazo hasta catorce (14) días si usted solicita la extensión, o si necesitamos información adicional y si la demora es para su beneficio.

Usted o su representante tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina Medicare Choice Care Select (HMO) solicite una extensión relacionada con la reconsideración de una determinación de organización o cuando rechazamos acelerar una solicitud para la reconsideración o determinación de organización.

Molina Medicare Choice Care Select (HMO) responderá a estas quejas en un plazo de (24) horas después de su recepción.

El reclamo debe enviarse en un plazo de 60 días después del evento o incidente. Debemos tratar su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero a lo sumo 30 días después de haber recibido la 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 reclamo 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.

- **La fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que desea presentar este reclamo.

Paso 2: analizamos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta inmediatamente.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado.
- **La mayoría de las quejas reciben respuesta dentro de los 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

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

- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o “apelación rápida”, automáticamente le daremos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o toda su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su reclamo, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos por la calidad de atención ante la Organización de Mejora de Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad.** La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejoramiento de Calidad como a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Choice Care Select (HMO) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

*Finalización de su membresía en el
plan*

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**SECCIÓN 1 Introducción para terminar su membresía en nuestro plan**

Molina Medicare Choice Care Select (HMO) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* hacerlo. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo terminar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones determinadas en las que debemos poner término a su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados. Además, usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?**Sección 2.1 Puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual**

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el “Período de Inscripción Abierta” Anual). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **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, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1.º de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Usted tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Periodo de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual**, usted puede hacer lo siguiente:

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Período Especial de Inscripción

En ciertos casos, los miembros de Molina Medicare Choice Care Select (HMO) pueden calificar para cancelar sus membresías en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período especial de inscripción**.

Usted puede ser elegible para poner fin a su membresía durante un Período Especial de Inscripción si se aplica cualquiera de las siguientes situaciones a su caso. Estos son solo ejemplos; para obtener una lista completa puede contactar al plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):

- Usualmente cuando se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para que “Ayuda Extra” pague sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringimos el contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención a largo plazo.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Si desea saber si es elegible para el Período Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía por un caso especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado.
- – *u* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la inscripción de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

Si usted recibe “Ayuda Adicional (Extra Help)” de Medicare para pagar su medicamentos recetados: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que desista de la inscripción automática.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan**Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?**

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía, haga lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros**
- Puede obtener información en el manual *Medicare y Usted 2023*.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

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 inscripción en Molina Medicare Choice Care Select (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Molina Medicare Choice Care Select (HMO) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
• Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo. • 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 Choice Care Select (HMO) será discontinuada cuando entre en vigencia su cobertura de Medicare Original.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

- **Continúe usando a nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando a nuestras farmacias de la red para que le surtan sus recetas médicas.**
- **Si usted se hospitaliza el día que finaliza su membresía, su hospitalización será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aun si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Molina Medicare Choice Care Select (HMO) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?
--

Molina Medicare Choice Care Select (HMO) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un período mayor a seis meses.
 - Si se muda o viaja por un tiempo prolongado, llame al Departamento de Servicios para Miembros para saber si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si brinda información falsa u omite comunicar la existencia de un plan médico adicional que le provee la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a 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 la suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Capítulo 10. Finalización de su membresía en el plan

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Molina Medicare Choice Care Select (HMO) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si usted considera que se le está solicitando abandonar nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley más importante que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos creados bajo la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color, creencia religiosa, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes 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 otras leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame al Departamento de Servicios para Miembros. 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 del Código de reglamentaciones federales (CFR) Molina Medicare Choice Care Select (HMO), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría de acuerdo con las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección suplantán a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

*Definiciones de términos
importantes*

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de inscripción anual: es el período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: Una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente una suma mayor que la suma del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Molina Medicare Choice Care Select (HMO), 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 que Medicare Original mide el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando se cumplen 60 días consecutivos sin que usted haya recibido un cuidado de hospitalización (o cuidado experto en un SNF). Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible por internación hospitalaria por cada período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapas de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos de la 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 \$7,400 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.

Plan para Necesidades Especiales de cuidados crónicos: Los Planes para Necesidades Especiales de cuidados crónicos (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP) son Planes para Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP) que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con afecciones crónicas graves o incapacitantes específicas, definidas en la Sección 422.2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Un C-SNP debe tener atributos específicos adicionales a la prestación de servicios básicos de Medicare Parte A y Parte B y de la Coordinación de Cuidados que se exige a todos los Planes de Cuidado Coordinado de Medicare Advantage con el fin de recibir la designación especial y las facilidades de comercialización e inscripción que se proporcionan a los C-SNP.

Coseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada en forma de porcentaje (por ejemplo, un 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Queja: el nombre formal de "presentar una queja" es "presentar un reclamo". El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no cumple con los plazos en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios para la evaluación del contexto familiar.

Copago: suma que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a las sumas que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier monto de "coseguro" que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Categoría de costo compartido: cada medicamento incluido en la Lista de Medicamentos Cubiertos se clasifica en una de las categorías seis (6) 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 documento, las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura".

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios Cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministros cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

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, brindado por personas sin entrenamiento ni destrezas profesionales, incluye ayudar a realizar actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama, sentarse en una silla y levantarse de esta, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

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 costos compartidos diarios” es de \$1 por día.

Deducible: monto que debe pagar por atención o recetas médicas antes de que pague nuestro plan.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Tarifa de Dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispense un medicamento cubierto para pagar el costo por adquirir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Planes de Necesidades Especiales para Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): en los D-SNP, se inscriben personas que tienen derecho a recibir tanto asistencia de Medicare (título XVIII de la Ley de Seguro Social) como la asistencia médica de un plan estatal conforme a Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Entre los ejemplos, se incluyen los siguientes: andadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos de asistencia para el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: los 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 nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en un nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si el plan establece límites sobre la cantidad o dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Ayuda Adicional (Extra Help): un programa estatal o de Medicare para ayudar a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como mensualidades, deducibles y coseguros.

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

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

“genérico” posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Queja: un tipo de queja que presente sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. No incluye disputas por cobertura o pagos.

Auxiliar de Atención Médica Domiciliaria: una persona que proporciona servicios que no necesitan las destrezas de un miembro de enfermería o terapeuta autorizados, como ayuda para el cuidado personal (p. ej., bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados).

Centro de cuidado paliativo: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que fue certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Internación en 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 \$7,400.

Período de Inscripción Inicial: período en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o “lista de medicamentos”) – una lista de medicamentos recetados y cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos: consulte “Ayuda Adicional”.

Suma máxima 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 dentro de la red. Las sumas que paga por los medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su propio bolsillo. Vea el Capítulo 4, Sección 1 para obtener más información sobre la suma máxima de su propio bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: período desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces denominado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada con un contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Cada Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuentas de Ahorros Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Programa de Descuento de la Brecha en Cobertura de Medicare: un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca registrada de la Parte D cubiertos para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha en Cobertura y no se encuentren recibiendo “Ayuda Adicional” (Extra Help). Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el Gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Servicios Cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A y B. El término “Servicios Cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como exámenes dentales, de la visión y de la audición, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

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 de Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes para Necesidades Especiales, los programas de demostración o piloto y los Programas de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (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 Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la Red: una farmacia con contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: “proveedor” es el término general para referirse a doctores, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para proveer servicios de atención médica. Los “**Proveedores de la red**” tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son llamados “proveedores del plan”.

Determinación de Organización: una decisión de nuestro plan sobre si los elementos o servicios están cubiertos o acerca de cuánto le corresponde pagar a usted por los elementos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por cada servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de las sumas establecidas por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte de la suma aprobada por Medicare y Usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico) y está disponible en todo United States.

Farmacia Fuera de la Red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor o Centro Fuera de la Red: un proveedor o centro no contratado por nuestro plan para coordinar o proveer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son nuestros empleados, no son de nuestra propiedad y no son operados por nuestro plan.

Gastos de su propio bolsillo: vea la definición anterior de “costos compartidos”. 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 bolsillo” del miembro.

Parte C: consulte “Plan de Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

Medicamentos Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos cubiertos Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos Parte D.

Multa por inscripción tardía en la Parte D: el monto que se agrega a su prima mensual por cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura válida (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) por un periodo de 63 días consecutivos o más después de ser elegible por primera vez para inscribirse al plan Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (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

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

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 cuidados primarios (PCP): el doctor u otro proveedor que usted ve en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe ver a su proveedor de cuidados primarios antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Dispositivos Protésicos y Ortóticos: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función corporal interna, como suministros de ostomía y terapia de nutrición entérica y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (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.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o por un período de tiempo específico.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de Servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Se cancelará su inscripción al plan si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos de los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero(a) profesional o un doctor.

Período especial de inscripción: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período especial de inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si infringimos nuestro contacto con usted.

Costo compartido estándar: el costo compartido estándar es un costo compartido distinto de aquel preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Capítulo 12. Definiciones de términos importantes

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: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.



Departamento de Servicios para Miembros Molina Medicare Choice Care Select (HMO)

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3072 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana de 8:00 a. m. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la Inscripción Abierta) 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 de la audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(310) 507-6186
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com

Medicare / Medicaid Assistance Project (MMAP) es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 803-7174, De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y 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

Declaración de Divulgación 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, escribanos a CMS, 7500 Security Boulevard; Attn: PRA Reports Clearance Officer; Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland, 21244-1850.