WI H2879-001

2023 | Evidencia de Cobertura

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Wisconsin H2879-001

Sirviendo a los condados de Adams, Brown, Calumet, Columbia, Dane, Dodge, Door, Florence, Fond du Lac, Forest, Green, Green Lake, Iowa, Jefferson, Kenosha, Kewaunee, Langlade, Manitowoc, Marinette, Marquette, Milwaukee, Oconto, Outagamie, Ozaukee, Portage, Racine, Rock, Sauk, Shawano, Sheboygan, Walworth, Washington, Waukesha, Waupaca, Waushara y Winnebago

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

MOLINA® HEALTHCARE

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 Complete Care (HMO D-SNP)

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 (855) 315-5663. (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 Complete Care (HMO D-SNP), es ofrecido por Molina Healthcare of Wisconsin, Inc (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Molina Healthcare of Wisconsin, Inc. Cuando dice "el plan" o "nuestro plan", significa Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)).

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (855) 315-5663, (TTY: 711). La llamada es gratuita.

Los beneficios, o los copagos o coseguro pueden cambiar el 1.º de enero de 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 inscriptas 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.

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.

H2879_23_001_WIEOC_C

WIM01ECES0922

Aprobación OMB 0938-1051 (vence el 29 de febrero de 2024)

Evidencia de cobertura 2023

Índice

CAPÍTULO 1: *Inicio como miembro* 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 9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13
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: *Números telefónicos y recursos importantes* 16
SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con el 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 27
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 29
SECCIÓN 9 ¿Tiene algún “seguro grupal” o algún otro seguro médico de su empleador? 29

CAPÍTULO 3: *Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos* 31
SECCIÓN 1 Conceptos que debe conocer sobre su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan 32
SECCIÓN 2 Utilizar proveedores de la red del plan para obtener atención médica y otros servicios 33
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere cuidados de urgencia o durante un desastre 37
SECCIÓN 4 ¿Cómo proceder si le facturan directamente por los costos totales de los servicios? 39
SECCIÓN 5 ¿Cómo son cubiertos sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? 40
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una “institución no médica religiosa dedicada a la atención médica” 41
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 42

CAPÍTULO 4: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos)* 44

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos 45

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber lo que está cubierto para usted. 46

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)? 93

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? 95

CAPÍTULO 5: *Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D* 98

SECCIÓN 1 Introducción 99

SECCIÓN 2 Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan 100

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la "lista de medicamentos" del plan 102

SECCIÓN 4 Existen ciertas restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 104

SECCIÓN 5 ¿Qué hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted lo gustaría que lo estuviera? 106

SECCIÓN 6 ¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted utiliza? 108

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? 110

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica 111

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 112

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos 113

CAPÍTULO 6: *Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D* 116

SECCIÓN 1 Introducción 117

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 119

SECCIÓN 3 Enviamos informes con la descripción de pagos por sus medicamentos y la etapa de pago en la cual usted se encuentra 120

SECCIÓN 4 No hay deducible para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 121

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 121

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha en Cobertura 126

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura de Catástrofe, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos 127

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D: lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las compra 127

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 129

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos el pago de sus servicios o medicamentos cubiertos 130

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reintegro o pago de una factura que usted ha recibido 132

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos afirmativa o negativamente 132

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 134

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y su identidad cultural como miembro del plan 135

SECCIÓN 2 Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro del plan 144

CAPÍTULO 9: *¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 146

SECCIÓN 1 Introducción 147

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 147

SECCIÓN 3 Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 149

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare 150

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones 151

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 153

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 160

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto 168

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 174

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 180

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 182

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid 185

CAPÍTULO 10: *Finalización de su membresía en el plan* 189

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan 190

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 190

SECCIÓN 3 ¿Cómo terminar su membresía en nuestro plan? 193

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 194

SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos 194

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 197

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 198

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 198

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 198

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 199

CAPÍTULO 1:
Inicio como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

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

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

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

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

Debido a que usted recibe asistencia de Medicaid con sus costos compartidos de Medicare Partes A y B (deducibles, copagos y coseguros), no paga nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también puede proveer otros beneficios, ya que cubre servicios de atención médica que generalmente no están cubiertos por Medicare. Además, posible que también reciba "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ayudará a gestionar todos estos beneficios para usted, de modo que reciba los servicios de atención médica y de asistencia con los pagos a los que tiene derecho.

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

La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura Médica Calificada (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). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se le informa cómo obtener su atención médica de Medicare 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 y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este 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 Complete Care (HMO D-SNP) le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato está vigente durante los meses en los que está inscripto en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) entre el 1.º de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 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 Complete Care (HMO D-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente, luego del 31 de diciembre de 2023.

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

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tenga Medicare Parte A y Medicare Parte B.
- *Y* viva en nuestra área de servicio geográfica (en la Sección 2.3 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.
- -- *y* -- Usted reúne los requisitos especiales de elegibilidad que se describen debajo.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

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

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

Sección 2.2 ¿Qué es Medicaid?

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

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (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 Calificado de Medicare-Plus (QMB+):** Medicaid paga los montos de sus mensualidades, deducibles, coseguros y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados-Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus, SLMB+):** ayuda a pagar las mensualidades de la Parte B y también es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid.
- **Doble Elegibilidad con Beneficios Completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):** A veces, las personas pueden calificar para obtener la cobertura limitada del costo compartido de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Sección 2.3 Este es el área de cobertura de servicios del plan Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

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

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Wisconsin: Adams, Brown, Calumet, Columbia, Dane, Dodge, Door, Florence, Fond du Lac, Forest, Green, Green Lake, Iowa, Jefferson, Kenosha, Kewaunee, Langlade, Manitowoc, Marinette, Marquette, Milwaukee, Oconto, Outagamie, Ozaukee, Portage, Racine, Rock, Sauk, Shawano, Sheboygan, Walworth, Washington, Waukesha, Waupaca, Waushara y Winnebago.

Ofrecemos cobertura en diferentes estados. Sin embargo, puede haber una diferencia de costo o de otro tipo entre los planes ofrecidos en cada estado.

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

Si planifica mudarse a un área fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el área donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un Período especial de inscripción durante el cual podrá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

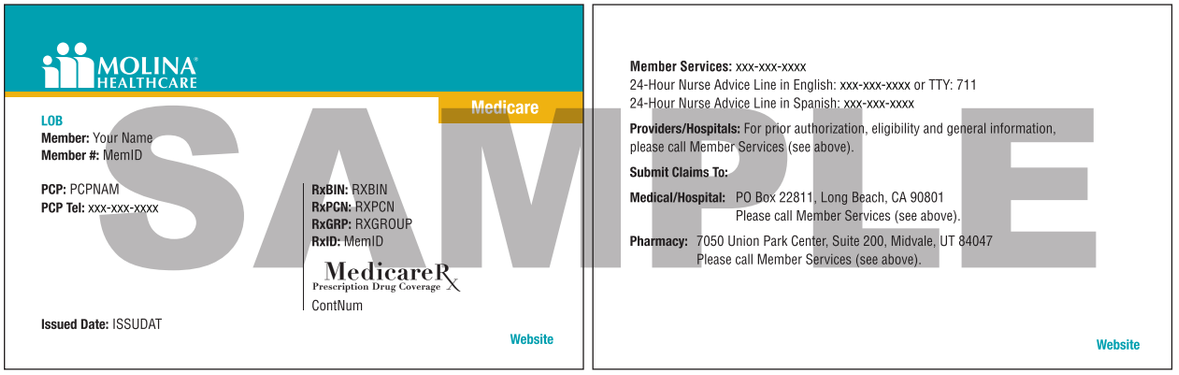
Sección 2.4 Ciudadano estadounidense o residencia legal en los EE. UU.

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) si usted no es elegible para permanecer como miembro sobre esta base. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) tiene 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 presentar su tarjeta de membresía cuando reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos recetados en las farmacias de la red. Recuerde mostrar siempre su identificación de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y su tarjeta de identificación de Medicaid de BadgerCare Plus y Wisconsin Medicaid, del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin cada vez que se presente para su atención. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



No utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca ni azul para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidado paliativo, o si necesita participar en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

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 y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran nuestros proveedores de la red, farmacias de la red y los proveedores de equipos médicos de uso prolongado.

Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestros planes. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias fuera de la red del plan.

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si acude a otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar el monto total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios requeridos

urgentemente cuando la red no está disponible (es decir, casos en los que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) autorice el uso de servicios de proveedores fuera de la red.

La lista actualizada de proveedores y farmacias se encuentra disponible en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores y Farmacias*, puede solicitarla al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 3.3 La Lista de *Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). La llamamos "lista de medicamentos" para abreviar. Enumera los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). 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 Complete Care (HMO D-SNP).

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

Le entregaremos una copia de la lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (MolinaHealthcare.com/Medicare) o llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Mensualidad del Plan (Sección 4.1).
- Mensualidad de Medicare Parte B (Sección 4.2).
- Multa por Inscripción Tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de Ajuste Mensual conforme a los Ingresos (Sección 4.4)

Sección 4.1 Mensualidad del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Mensualidad de Medicare Parte B

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 mantener su elegibilidad de Medicaid y también tener Medicare Parte A y Parte B. En el caso de la mayoría de los miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), Medicaid paga su mensualidad de la Parte A (si no califica para esta automáticamente) y su mensualidad de la Parte B.

Si Medicaid no paga sus mensualidades 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 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Debido a que usted cuenta con doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica mientras mantenga su estado de doble elegibilidad; sin embargo, si usted pierde su estado, es posible que incurra en la LEP. 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.

Cuando usted se inscribe por primera vez en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), 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 información en una carta o incluirla en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla para registrarse 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:

- En primer lugar, cuente la cantidad total de meses que usted tardó en inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare después de ser elegible para inscribirse. O cuente la cantidad total de meses que usted no tuvo cobertura válida para medicamentos recetados si el periodo de interrupción de la cobertura fue igual o superior a 63 días. 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**, porque la prima mensual promedio puede 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 período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

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

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual conforme a los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Suma de Ajuste Mensual Conforme a Ingresos 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.

Si debe pagar una suma adiciona, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será el importe de la suma adicional. 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

Sección 5.1 ¿Podemos cambiar su prima de plan mensual durante el año?

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

Sin embargo, en algunos casos, usted puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe. O debe comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si, durante el transcurso del año, es elegible para el programa "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa "Ayuda Adicional":

- 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 atención primaria.

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

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, 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 está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informarle a su plan acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si esta información sufre alguna modificación, háganoslo saber llamando al Departamento de Servicios para Miembros. Los miembros pueden crear una cuenta de My de Molina 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 https://m.member.molinahealthcare.com/Member/Login para crear o acceder a su cuenta de My Molina.

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 se encuentra 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).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Indemnización por accidentes de trabajo

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

CAPÍTULO 2:

Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) (cómo puede contactarnos, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse Departamento de Servicios para Miembros de nuestros planes

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

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(855) 315-5663 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el 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 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	(310) 507-6186
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

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

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

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: Información de contacto
LLAME AL	(855) 315-5663

Método	Decisiones de cobertura de atención médica: Información de contacto
	Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la inscripción abierta)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
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) 290-1332
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Método	Apelaciones por atención médica: Información de contacto
LLAME AL	(855) 315-5663 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la inscripción abierta)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Appeals and Grievance P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones referentes a medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(800) 665-3086 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la inscripción abierta)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(866) 290-1309
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Cómo contactarnos para presentar una queja por su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores o 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 referentes a atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(855) 315-5663 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la inscripción abierta)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(562) 499-0610

Método	Quejas referentes a atención médica o medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Grievance & Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que usted recibió

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	(855) 315-5663 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la inscripción abierta)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
FAX	(310) 507-6186
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Método	Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	(855) 315-5663 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el horario puede variar según la inscripción abierta)
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El sistema de retransmisión nacional está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
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

Método	Medicare – Información de contacto
	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.
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. En el, 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 *cálculo aproximado* de sus gastos de bolsillo en los distintos planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP): • **Infórmele su queja a Medicare:** puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene computadora, puede usar una computadora de su biblioteca local o centro de la tercera edad para ingresar a este sitio web. O bien, puede llamar a Medicare e informarle qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web 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.

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

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

MÉTODO PARA ACCEDER 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 1: puede tener una **conversación en vivo con un representante llamando al 1-800-MEDICARE**.
  - Opción 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	State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (SHIP de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 242-1060 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	State of Wisconsin - Board on Aging & Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, Wisconsin 53701
SITIO WEB	www.dhs.wisconsin.gov

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 Wisconsin, la Organización de Mejoramiento de Calidad se denomina Livanta.

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

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- 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 Wisconsin): información de contacto
LLAME AL	(888) 524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a p. m., hora local; fines de semana y días festivos, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., hora local
TTY	(888) 985-8775 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con 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 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. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.

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. Horario de atención de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
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. Cada estado decide qué se consideran ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa con la condición de que respeten las pautas federales.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (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 Calificado de Medicare-Plus (QMB+):** Medicaid paga los montos de sus mensualidades, deducibles, coseguros y copagos de Medicare Parte A y Parte B. Usted recibe cobertura de Medicaid del costo compartido de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados-Plus (Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus, SLMB+):** ayuda a pagar las mensualidades de la Parte B y también es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid.
- **Doble Elegibilidad con Beneficios Completos (Full-Benefit Dual Eligible, FBDE):** A veces, las personas pueden calificar para obtener la cobertura limitada del costo compartido de Medicare y los beneficios completos de Medicaid.

Los miembros de este plan están inscritos en Medicare y también en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con BadgerCare Plus y Wisconsin Medicaid, del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.

Método	BadgerCare Plus y Wisconsin Medicaid, del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin, (Programa de Medicaid de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 362-3002 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local
TTY	(888) 701-1251 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Wisconsin Department of Health Services 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
SITIO WEB	http://www.dhs.wisconsin.gov

ElMedicaid y BadgerCare HMO/SSI (Programa de Mediación de Wisconsin) ayuda a las personas inscritas en Medicaid a resolver problemas con el servicio o la facturación. Lo pueden ayudar a presentar una queja o una apelación ante nuestro plan.

Método	Medicaid y BadgerCare HMO/SSI: Información de contacto
LLAME AL	(800) 760-0001 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local
ESCRÍBANOS	Medicaid and BadgerCare Plus HMO/SSI MCO Ombudsman P.O. Box 6470 Madison, WI 53716-0470
SITIO WEB	http://www.dhs.wisconsin.gov

El Wisconsin Board on Aging and Long Term Care ayuda a las personas a obtener información acerca de las casas de reposo y a resolver problemas entre las casas de reposo y los residentes o sus familias.

Método	Wisconsin Board on Aging and Long Term Care: Información de contacto
LLAME AL	(800) 815-0015 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Board on Aging & Long Term Care Ombudsman Program 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704-4001

Método	Wisconsin Board on Aging and Long Term Care: Información de contacto
SITIO WEB	http://longtermcare.wi.gov

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

En el sitio web 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

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

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

Algunas personas califican automáticamente para "Ayuda Adicional" y no necesitan aplicar. Medicare envía una carta a las personas que califican automáticamente para "Ayuda Adicional".

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

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que está pagando un monto de costos compartidos incorrecto por un medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener pruebas de su nivel de copago correspondiente o, si ya tiene las pruebas, ayuda para presentárnoslas.

- La Mejor Evidencia Disponible (BAE) ubicada en la web en http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro Departamento de Servicios para Miembros y el Departamento de Farmacias identifican los casos en los que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros enumerada en el Capítulo 2. Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) si tiene preguntas. 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.

¿Qué sucede si usted posee una cobertura de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados y las U.S. Virgin Islands ofrecen ayuda para pagar las recetas médicas, las mensualidades del plan de medicamentos o los costos de otros medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) o cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D (distinto a "Ayuda Adicional"), usted aún obtiene el 70 % de descuento en medicamentos de marca cubiertos. También, el plan paga el 5 % de los costos de los medicamentos de marca en la brecha en cobertura. El 70% de descuento y el 5% pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el SIDA que salvan la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de recetas médicas a través del Wisconsin AIDS/HIV Drug Assistance Program . Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, incluidas una prueba de residencia en el estado y la condición de virus de la inmunodeficiencia humana (human immunodeficiency virus, HIV), bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición de no asegurado o subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la manera de inscribirse en el programa, llame al Wisconsin AIDS/HIV Drug Assistance Program, Phone: (608) 267-6875.

Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica

Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar por los medicamentos recetados en base a las necesidades financieras, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene diferentes reglas para brindar cobertura a sus miembros.

En Wisconsin, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program) es SeniorCare.

Método	SeniorCare (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 657-2038 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local

Método	SeniorCare (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Wisconsin) – Información de contacto
ESCRÍBANOS	Wisconsin SeniorCare P.O. Box 6710 Madison, WI 53716-0710
SITIO WEB	http://www.dhs.wisconsin.gov/seniorCare/information.htm

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

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

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 *no* 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 y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Conceptos que debe conocer sobre su atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica y otros servicios cubiertos. 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 y otros servicios que cubre nuestro plan, consulte la tabla de beneficios en el siguiente capítulo: Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, servicios cubiertos*).

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 doctores y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, no tendrá que pagar o pagará por los servicios cubiertos.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se encuentran detallados en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

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

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

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 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).
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este servicio, lea la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que usted recibe de

un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no se cubrirá. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*

- El plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos urgentemente que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto, y para conocer el significado de atención de emergencia o servicios requeridos urgentemente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Si necesita atención médica que Medicare exigen que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. En este caso, necesitará una autorización previa. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para solicitar asistencia. Si recibe atención médica rutinaria de proveedores fuera de la red sin autorización previa, ni Medicare ni el plan serán responsables de los costos. En esta situación, cubriremos estos servicios sin costo para usted. 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. El costo compartido que paga por diálisis en el plan nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido 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, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir un Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP) que brinde y supervise su atención

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

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

- Radiografías.
- Análisis de laboratorio.
- Terapias.

- Cuidado de médicos especialistas.
- Admisiones al hospital.
- Cuidado de seguimiento.

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

¿Cómo selecciona usted a su PCP?

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

Cómo cambiar su PCP

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

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 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 Complete Care (HMO D-SNP) 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.

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

Sección 2.2 Tipos de atención médica y otros servicios que puede recibir sin obtener 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, la 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, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles o usted no puede acceder a ellos de forma provisional o cuando el afiliado está fuera del área de servicios. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben requerirse de forma inmediata y ser médicamente necesarios.
- 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.

Su PCP es responsable de coordinar los servicios, lo que incluye enviarlo a usted a especialistas y otros proveedores de la red según corresponda. No existe un requisito de autorización previa para las consultas médicas con especialistas de la red. Si necesita un procedimiento o un servicio que requiere autorización previa del plan, su PCP o el especialista se comunicará con nosotros para obtener la autorización previa necesaria. Los servicios que requieren autorización previa del plan se detallan en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este documento. Algunos ejemplos de los servicios que requieren autorización previa del plan incluyen el cuidado de hospitalización optativo (que no es de emergencia), las admisiones en un centro de cuidados especializados y la atención médica domiciliaria.

Si necesita atención después del horario de atención normal, llame a su PCP. Esta información se encuentra en su tarjeta de identificación de membresía de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Si cree que se trata de una emergencia, solicite atención médica de inmediato. Para obtener más información, consulte la Sección 3 en la página siguiente (Cómo obtener servicios cubiertos si tiene una emergencia o requiere atención necesaria de urgencia).

¿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 se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista aprobado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio con el costo compartido 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 Complete Care (HMO D-SNP) no cubra estos servicios.
- 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 especializada que, según las disposiciones de Medicare, debe estar cubierta por nuestro plan y no hay proveedores de nuestra red que puedan proveer esta atención, podrá recibirla de un proveedor fuera de la red. Esto incluye los servicios de un proveedor que está exclusivamente aprobado para brindar el servicio en particular que necesita, así como los servicios prestados en un centro especializado o un centro de excelencia, p. ej., servicios de insuficiencia renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD). No hay restricciones de beneficios adicionales que se apliquen fuera de nuestra red o área de servicio.

Usted o su PCP deben comunicarse con nuestro plan para obtener autorización previa antes de solicitar atención de proveedores fuera de la red. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar ayuda. Si le brindamos autorización previa para recibir atención de un proveedor fuera de la red, cubriremos estos servicios como si hubiese recibido la atención de un proveedor 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 nuestro plan no cubra estos servicios. Si el proveedor recomienda que regrese para recibir más atención, verifique primero que la aprobación de nuestro plan cubra más de una consulta al proveedor fuera de la red.

Nota: Los miembros tienen derecho a recibir atención de proveedores fuera de la red para servicios de emergencia o requeridos urgentemente. Además, los planes deben cubrir los servicios de diálisis para los afiliados con ESRD que hayan viajado fuera del área de servicio del plan y no puedan acceder a proveedores de ESRD contratados.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia o requiere cuidados de urgencia o durante un desastre

Sección 3.1 Atención en casos de emergencia médica

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 al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de membresía del plan.

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

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

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 un caso que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente proporcionados 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 (877) 373-8985 para usuarios de habla inglesa y española. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Nuestro plan cubre servicios de cuidados de emergencia y urgencia en cualquier parte fuera de United States conforme a las siguientes circunstancias:

- Tiene un límite de cobertura de emergencias internacional de $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, cuidados de urgencia, cuidados de emergencia y atención posterior a la estabilización.
- Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como cuidados de emergencia o urgencia si la atención se hubiera proporcionado en Estados Unidos.
- Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de los EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan.
- Es posible que deba pagar los servicios de su propio bolsillo y presentar un reclamo de reembolso.
- Los impuestos y cargos extranjeros (lo que incluye pero no se limita a, conversión de moneda o cargos por transacción) no están cubiertos. 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.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier servicio, tiene derecho a consultarnos si cubriremos el servicio antes de recibirlo. Usted también tiene derecho a pedir esto por escrito. Si le informamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención ni reembolsar su dinero por esta.

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 para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá 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 le facturan directamente por los costos totales de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos los servicios cubiertos

Si pagó por los servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitar que paguemos una factura que usted recibió por servicios o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

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

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted también pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Si paga los costos una vez que se alcanzó el límite del beneficio, esos costos no contarán para el cálculo del máximo de gastos de su propio 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 el estudio, *y* comprenda completamente y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar el costo compartido 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 el costo compartido 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, será responsable de 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 el resto. Así como por todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que obtenga en el estudio de investigación clínica.

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

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” (la publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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”.

- 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* pueden aplicarse límites de cobertura de Medicare para Pacientes Hospitalizados (consulte el beneficio en el Capítulo 4).

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

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

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

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

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero se convierten en propietarios del equipo después de abonar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), generalmente no podrá adquirir la propiedad de los DME alquilados sin importar cuántos copagos haga 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 para obtener más información.

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

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

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

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

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

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) cubrirá:

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

Si abandona Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) o ya no necesita el equipo de oxígeno por motivos médicos, entonces este equipo deberá ser devuelto.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, por lo cual debe realizar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos)

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

En este capítulo, se proporciona una Tabla de Beneficios Médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos como miembro de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Si usted recibe asistencia de Medicare para compartir costos bajo Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan para obtener su atención médica porque usted recibe asistencia de Medicaid con Medicare Parte A y B para compartir costos.

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

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

Dado que usted está inscripto en un Plan de Medicare Advantage, existe un límite en cuanto a la cantidad que debe pagar de su propio bolsillo cada año por servicios médicos que se encuentran cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto máximo de su propio bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es $3,400.

Los montos que paga por los servicios cubiertos cuentan para el cálculo de este monto máximo 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, las sumas que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco [*] en la Tabla de Beneficios Médicos). Si alcanza el monto máximo de su bolsillo de $3,400, no deberá pagar ningún otro gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando 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 Complete Care (HMO D-SNP), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto de costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales independientes, conocidos como “facturación del saldo”. Esta 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), usted solo debe pagar esa suma por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.

- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o para servicios requeridos urgentemente o de emergencia).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan solo cubre servicios de proveedores fuera de la red en determinadas situaciones, como cuando obtiene una remisión, o para servicios requeridos urgentemente o de emergencia).
- Si cree que un proveedor le realizó una "facturación de saldo", llame al Departamento de Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber lo que está cubierto para usted.

Sección 2.1 Sus beneficios médicos como miembro del plan

En la Tabla de Beneficios Médicos de las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y 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:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos 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 urgencia, o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios prestados.
- Tiene un Proveedor de atención primaria (PCP) que lo cuida y supervisa la atención que recibe.

- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene una aprobación previa (a veces llamada "autorización previa") de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos en **negrita**.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre su parte del costo compartido por los servicios de Medicare, incluyendo los servicios hospitalarios para pacientes internados y los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de planificación familiar.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (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.
- Si está en el período de 6 meses. de elegibilidad continua considerada de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios cubiertos que correspondan al plan Medicare Advantage. Durante este período, Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) ofrece período de gracia de 6 meses. de Pérdida de Medicaid (Loss of Medicaid, LOM) que le brinda tiempo suficiente para volver a solicitar Medicaid y reintegrarse si aún puede recibir los beneficios del programa. Durante el periodo de gracia de LOM, sus costos compartidos de la Parte C y los de bajos ingresos (low-income cost share, LICS) o el subsidio de mensualidad por bajos ingresos (low-income premium subsidy, LIPS) de la Parte D permanecen como si no hubieran tenido cambios. Los montos de costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios no cambian durante este período.

Usted no paga nada por los servicios enumerados en la Tabla de Beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para afiliados con afecciones crónicas

Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas.

Deberá presentar un formulario de evaluación de riesgos de la salud que identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso a uno de los beneficios suplementarios especiales que se mencionan a continuación.

- Dependencia crónica del alcohol y otras drogas.
- Trastornos autoinmunitarios.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares.
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Demencia.
- Diabetes.

- Enfermedad hepática en etapa terminal.
- Insuficiencia renal en etapa terminal (End-stage renal disease, IRET).
- Trastornos hematológicos graves.
- VIH o SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos.
- Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes.
- Trastornos neurológicos.
- Accidente cerebrovascular.

Lo(a) ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional.

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

Consulte **"Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas"** en la siguiente Tabla de Beneficios Médicos para obtener más detalles.

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 con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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 con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.** Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Refiérase a “Cobertura Internacional de Emergencia o de urgencia” en esta tabla si necesita transporte de emergencia

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
	en ambulancia fuera de los Estados Unidos.
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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para 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.
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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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.	
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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **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 la consulta por reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular.
Detección de enfermedades cardiovasculares* Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.

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

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años Para personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía (o examen de detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses Para personas sin alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubren los siguientes servicios: • Examen de detección por colonoscopía cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a una detección por sigmoidoscopía.	
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. Cubrimos beneficios dentales adicionales que Original Medicare no cubre. Estos beneficios se detallan por separado a continuación en la categoría de Servicios dentales (suplementarios).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Se requiere autorización previa para el cuidado dental integral.**
Servicios dentales (suplementarios) * Ofrecemos beneficios dentales adicionales que incluyen servicios dentales como limpiezas, rellenos y dentaduras postizas. Usted tiene una asignación máxima de $4,000 por cada año natural para todos los servicios dentales integrales suplementarios, incluyendo dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios dentales preventivos y suplementarios. Solo los servicios enumerados a continuación están cubiertos y cada servicio tiene un límite específico (p. ej., asignación máxima, cantidad de procedimientos y/o frecuencia de los servicios). • Exámenes bucales ◦ Hasta 2 cada año natural; ya sea D0120, D0150 o D0180. D0150 y D0180 permitidas una vez en la vida por proveedor. • Radiografías dentales ◦ Hasta 4 series cada año natural; ya sea D0272 o D0274.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. No todos los procedimientos dentales recomendados por un dentista pueden estar cubiertos. Solicite al dentista que le indique lo que el plan pagará y lo que usted tendrá que pagar de su bolsillo. Usted puede ser responsable de los costos si un servicio no está cubierto o si excede su asignación máxima. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Hasta 6 radiografías periapicales cada año natural (D0220, D0230). ◦ D0330 se permite una vez cada 5 años naturales. Si se toma una radiografía de boca completa (D0330) usted no podrá tomarse radiografías panorámicas de mordida (D0272 o D0274) dentro del mismo año natural. • Profilaxis (limpiezas) ◦ Hasta 2 cada año natural (D1110). • Tratamiento con flúor ◦ Hasta 2 por cada año natural (D1206, D1208). • Periodoncia (raspado profundo). ◦ Hasta 4 cuadrantes cada 2 años naturales. La cobertura incluye cualquier combinación de D4341 o D4342. • Periodoncia (desbridamiento). ◦ Hasta 1 cada año natural (D4355). ◦ Hasta 2 cada año natural (D4910). • Servicios de restauración (empastes) ◦ Hasta 6 restauraciones o 12 superficies cada año natural de cualquiera de los códigos ADA de restauración basada en resina o amalgama (D2140-D2161, D2330-D2335, y D2391-D2394). • Extracciones (simples) ◦ Hasta 8 cada año natural (D7140). • Extracciones (quirúrgicas) ◦ Hasta 3 cada año natural (D7210-D7241). • Incisión y drenaje ◦ Hasta 1 por diente durante la vida, ya sea D7510, D7511 o D7520, D7521. • Coronas y reparación de corona ◦ Hasta 2 cada año natural; una vez cada 5 años por diente (D2510-D2540, D2542-D2544, D2620, D2630, D2642-D2644, D2650-D2652, D2662-D2664, D2710-D2722, D2740, D2751, D2752, D2781-D2783, D2790-D2794, D2799, D2951-D2954, D2980). • Endodoncias / Tratamientos de conducto ◦ Hasta 1 por diente, cada año natural (D3220, D3310-D3330, D3410, D3421, D3425, D3426). • Dentaduras postizas ◦ Hasta 1 dentadura postiza (completa o parcial) cada 3 años naturales; hasta el monto máximo de la cobertura anual del plan (D5110-D5140, D5211-D5214, D5225, D5226).	Los servicios solo están disponibles cuando son proporcionados por dentistas contratados dentro de la red. Si recibe atención de un proveedor dental fuera de la red, debe pagar su propia atención. Para encontrar un proveedor dental dentro de la red cercano, puede hacer lo siguiente: 1. Llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. 2. Buscar en internet usando nuestra herramienta de búsqueda en el internet de proveedores dentales suplementarios en MolinaHealthcare.com/Medicare. **Se requiere autorización previa para el cuidado dental integral.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Ajustes y reparaciones de dentaduras postizas ◦ Hasta 4 cada año natural (D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761). • Tratamiento paliativo de emergencia ◦ Hasta 4 cada año natural (D9110). • Anestesia (sedación profunda e intravenosa) ◦ Cubierto con cirugía oral (D9222, D9223, D9239, D9243). La Asociación Dental Americana (ADA, American Dental Association) puede actualizar estos códigos durante el año. Si tiene alguna pregunta acerca de un código dental ADA, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Su número se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación del miembro del plan. Algunos servicios dentales requieren de autorización previa. Su proveedor se encargará de tramitar cualquier autorización que el plan requiera para usted.	
Examen de detección de depresión* Cubrimos un examen preventivo de depresión por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento y/o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes* Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. En función de los resultados de estas pruebas, usted puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes* Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa a fin de evaluar la precisión de las tiras reactivas y los medidores. ◦ Monitores de glucosa (azúcar) en sangre - Cubiertos cuando su médico los receta para que usted los use en casa. - Los monitores de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. ◦ Tiras de prueba de glucosa (azúcar) en la sangre - Las tiras de prueba de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. - Pueden ser limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte. ◦ Insulina - Sin cobertura conforme a Medicare Parte B. Puede cubrirse conforme a Medicare Parte D. - Si utiliza una bomba de insulina externa, la insulina y la bomba pueden estar cubiertas como equipo médico duradero (DME). Sin embargo, es posible que los proveedores de bombas de insulina no suministren insulina. ◦ Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos ortopédicos a medida por año 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. • Los servicios diabéticos cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: ◦ Examen de la vista y pruebas de glaucoma anuales	Usted paga $0 si califica para: • Zapatos terapéuticos para diabéticos o plantillas cubiertos por Medicare. • Capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare. Usted paga $0 por suministros diabéticos cubiertos. Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo. Su costo compartido y su deducible de Medicare Parte D pueden aplicarse a los suministros para diabéticos cubiertos bajo su cobertura de Medicare Parte D. Consulte “Medicare Parte D” en este documento. Consulte “Cuidado para la visión” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte “Servicios de podología” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y necesita servicios de

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ Exámenes de los pies ◦ Servicios de tratamiento nutricional médico (medical nutrition therapy, MNT).	terapia de nutrición médica (MNT). **Se puede requerir autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos.** **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 (Para obtener una definición de "equipo médico de uso prolongado", consulte el Capítulo 12 y 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/Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Puede que se requiera autorización previa.** **No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.**
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,	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. Si es admitido en un hospital, pagará el costo compartido según se describe en "Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados" en esta tabla.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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. Los cuidados de emergencia fuera de United States (U.S.) pueden estar cubiertos conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia o urgencia. Ofrecemos una cobertura de emergencia internacional de hasta $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, cuidados de urgencia, cuidados de emergencia y atención posterior a la estabilización. Consulte "Cobertura internacional de cuidados de emergencia/urgencia" en esta tabla para obtener más información.	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 durante la hospitalización después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O debe recibir su atención durante la 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.
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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. 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).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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. 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 Health Management Department (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 dejar de fumar. • Un programa para el control de peso. Si desea obtener información o materiales para dejar de fumar 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.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermeras es: (877) 373-8985, (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.	
Servicios auditivos (cubiertos por Medicare) Exámenes auditivos y de 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 de 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
Servicios auditivos (suplementarios) * Además de los servicios auditivos cubiertos por Medicare, puede realizarse un examen de audición de rutina una vez cada año natural. Después del examen de audición de rutina, se le podría medir para un audífono. El ajuste/la evaluación de audífonos se puede realizar una vez cada año calendario. Si le dicen que necesita aparatos auditivos, puede recibir hasta 2 aparatos auditivos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada año natural para ambos oídos combinados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Examen de detección de VIH* Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Un examen de detección cada 12 meses. Para mujeres que están embarazadas cubrimos: • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.
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 auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Puede que se requiera autorización previa.**

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 que no esten 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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **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. <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 cuidado paliativo por sus servicios de cuidado paliativo 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.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare, Medicare Original y no Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) efectúa el pago de los servicios de cuidado paliativo y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. 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. No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este servicio.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no estén relacionados con un pronóstico terminal: si necesita servicios que no son 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). Para servicios que están cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), pero no por Medicare Parte A o B: Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 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. 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 el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (*Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare*). **Nota:** Si necesita cuidado no paliativo (cuidado que no esté relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de cuidados paliativos (solo por una vez) para 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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.	la neumonía, gripe, Hepatitis B y COVIF-19.
Servicios de Apoyo en el Hogar Los miembros tienen acceso a hasta 90 horas cada año. Usted cuenta con acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas y preparación de comidas, así como asistencia con otras actividades fundamentales de la vida cotidiana.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para 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. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias	Usted paga $0 por una internación en el hospital de entre 1 y 90 días por período de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días por período de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por período de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células 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 Complete Care (HMO D-SNP) provee servicios de trasplante en un lugar fuera de los patrones de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera, • Servicios de médicos. **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. 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.	costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Puede que se requiera autorización previa.**
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.	Usted paga $0 por una internación en el hospital de entre 1 y 90 días por período de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida".

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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. Medicare no cubre: • Servicios privados de enfermería. • Un teléfono o televisor en su habitación • Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria)	Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su internación en el hospital supera los 90 días por período de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por período de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su situación de emergencia, su costo es el costo compartido 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 reducir fracturas y luxaciones	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	
Beneficio de alimentos (Suplementario)* Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o por una afección médica o posible afección médica que requiera que permanezca en su hogar durante un período de tiempo. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas afecciones crónicas. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad dietética que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año natural. Su administrador de casos ordenará sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días laborables) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de la(s) fecha(s) de entrega.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Terapia de nutrición médica* Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón, pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de 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. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A cuando recibió el trasplante de órgano.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a terapia progresiva.** **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• 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/Medicare.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Tarjeta MyChoice La tarjeta MyChoice es una tarjeta de débito de beneficios precargada que puede usarse para pagar ciertos beneficios suplementarios del plan, como los siguientes: • Elementos de venta libre • Alimentos y Productos*. • Beneficios Suplementarios Especiales para enfermedades crónicas: opción de menú*. * Se aplican requisitos de elegibilidad. La tarjeta de débito precargada 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 período 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 la fecha de cancelación de su inscripción. 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 cómo puede recibir el beneficio de alimentos y productos, o cómo puede recibir los beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI), llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). A fin de acceder a las asignaciones para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI), los miembros deben tener una afección crónica que califique; contar con una evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) válida completada para su inscripción actual a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP); y proporcionar la aprobación del médico junto con el Manejo de Casos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Consulte “Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en esta tabla para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible a su tarjeta MyChoice.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Asesoramiento nutricional (suplementario) * Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un "Formulario para remisión de educación para la salud" de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarlo. • La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. • Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. Usted también puede obtener hasta 12 sesiones individuales presenciales o grupales cada año natural. Su proveedor le referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
Examen de detección de obesidad y tratamiento para promover un adelgazamiento constante* Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para averiguar más datos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.
Servicios 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: • Medicamentos 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare. **No se requiere autorización previa para los servicios de programas de tratamiento con opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero esta puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento con opioides.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta. • Evaluaciones periódicas.	
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 reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio. • Sangre: la cobertura de la conservación y la administración comienza a regir a partir de la primera pinta de sangre que usted requiera, • Otras pruebas 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, CT, 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **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.**

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 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **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.**

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 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. No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios.	
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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Consulte "Examen de detección de depresión" en esta tabla para su examen de detección anual de depresión. Consulte "Hospitalización parcial" en esta tabla si necesita este tratamiento de salud mental ambulatorio cubierto por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

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).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **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".	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Puede que se requiera autorización previa.**
Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementarios)* Usted obtiene $410 cada trimestre (3 meses) para gastar en elementos, productos y medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) aprobados por el plan con su tarjeta MyChoice. 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible si utiliza su tarjeta MyChoice. Un trimestre o un periodo trimestral tienen una duración de 3 meses. Los periodos trimestrales para obtener sus

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Puede ordenar: • En línea: consulte NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de Nations OTC en (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. • A través de las tiendas minoristas participantes. Consulte su Catálogo de artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) del 2023 para obtener una lista completa de elementos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de apoyo de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el catálogo de artículos de venta libre (Over the Counter, OTC) del 2023.	beneficios de OTC cubiertos son los que se indican a continuación: • De enero a marzo. • De abril a junio. • De julio a septiembre. • De octubre a diciembre. Los $410 que obtiene cada trimestre caducan al final del periodo trimestral. No se transfiere al siguiente periodo trimestral, así que asegúrese de gastar cualquier monto que no haya utilizado antes del final del trimestre. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.
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. 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Sistema personal de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) (Suplementario)* PERS es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia. Si califica, se le entregará un dispositivo móvil, un celular o un dispositivo de línea fija y un pequeño colgante que debe usar en todo momento. El colgante se puede usar en el cuello, la muñeca o en el cinturón. Con sólo presionar un botón, se conectará con un representante del Centro de Atención de la compañía de monitoreo. Los operadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y permanecerán en línea con usted en caso de emergencia. Ya sea que necesite un servicio médico urgente o un miembro de la familia para ayudarlo, el representante del Centro de Atención de clientes le ayudará a conseguir la ayuda que necesita. Los miembros calificados también recibirán niveles de servicio PERSPlus. Con su dispositivo móvil o del hogar de PERS, puede activar un botón en el caso de alguna necesidad no emergente. Si se siente solo o desea hablar con alguien; si necesita ayuda para programar su cita con el médico, organizar el transporte; o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, el representante del Centro de Atención lo ayudará y podrá conectarlo con el Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) Departamento de Servicios para Miembros de Molina o con su administrador de casos para obtener la asistencia que necesita.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Su Administrador de Casos decidirá si usted califica para este beneficio. Se necesita autorización previa.**
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios en el consultorio de un médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. Puede que se requiera autorización previa. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes auditivos y de 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ 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/Medicare. ◦ 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. • 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. • 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, **y**	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
◦ 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, **y** ◦ la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** ◦ la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su 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.	
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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los servicios de podología cubiertos por Medicare. **Puede que se requiera autorización previa.**
Servicios de podología (Suplementario) * No necesita una condición subyacente para aprovechar este beneficio. La cobertura incluye cuidados generales del pie como eliminación de callos, corte de uñas, tratamiento para piel agrietada y otros problemas relacionados con los pies.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Máximo del plan de hasta 12 consultas suplementarias de rutina para el cuidado de los pies cada año calendario.	
Exámenes de detección de cáncer de próstata* Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de antígeno prostático específico.
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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este servicio. **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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este servicio. **Puede que se requiera autorización previa.**
Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol* Cubrimos exámenes de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Si se le diagnostica que usted abusa del alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT)* Para las personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses. **Los miembros elegibles son:** personas de 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. ***Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón de LDCT después del examen preventivo de LDCT inicial:*** el miembro debe recibir una orden escrita para LDCT que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la LDCT.
Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas* Cubrimos exámenes 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • 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) • 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”.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados** • Consulte “Atención en hospital para pacientes internados” en esta tabla. **Equipos y suministros para diálisis en el domicilio** • Consulte “Equipo médico duradero y suministros relacionados” en esta tabla. **Servicios de apoyo en el hogar** • Consulte “Agencias de atención médica domiciliaria” en esta tabla. **Medicamentos de diálisis de Medicare Parte B** • Consulte “Medicamentos recetados de Medicare Parte B” en esta tabla.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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 atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre: incluidas la conservación y administración. La cobertura comienza desde la primera pinta de sangre que necesita. • 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. • 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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)* Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: 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) * Si quiere dejar de fumar debe hablar con su médico de atención primaria o llamar al Departamento de Educación para la Salud. Además de la cobertura ofrecida bajo el beneficio para dejar de fumar y de consumir tabaco de Medicare, el plan cubre 8 servicios de consejería adicionales cada año natural para ayudarlo a dejar de fumar o consumir productos de tabaco. Usted debe agotar su beneficio para dejar de fumar cubierto por Medicare antes de que el plan pague por la cobertura de este beneficio.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. Deberá presentar un formulario de evaluación de riesgos de la salud que identifique que usted padece una de las afecciones enumeradas que podría empeorar si no tiene acceso a uno de los beneficios suplementarios especiales que se mencionan a continuación. • Dependencia crónica del alcohol y otras drogas. • Trastornos autoinmunitarios. • Cáncer. • Trastornos cardiovasculares. • Insuficiencia cardíaca crónica. • Demencia. • Diabetes. • Enfermedad hepática en etapa terminal. • Insuficiencia renal en etapa terminal (End-stage renal disease, IRET). • Trastornos hematológicos graves. • VIH o SIDA. • Trastornos pulmonares crónicos. • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes. • Trastornos neurológicos. • Accidente cerebrovascular. Lo(a) ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su Coordinador de Cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional. Nota: Al solicitar este beneficio, autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) a comunicarse con usted por teléfono, correo postal o cualquier otro método de comunicación, como se indica expresamente en su solicitud.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible si utiliza su Tarjeta MyChoice. **Es posible que se requiera la participación en un programa de manejo de cuidados. Los miembros también deben tener la aprobación del médico para las pruebas basadas en la falta de información médica histórica.** **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Una vez aprobada, su tarjeta MyChoice precargada se cargará automáticamente con hasta $150 por trimestre para usarla en los beneficios SSBCI. los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas que Medicare no cubre y las aplicaciones de salud mental y bienestar comparten una asignación combinada cada 3 meses, pero la cantidad de asignación máxima es de $150 por trimestre. Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se transferirán al siguiente trimestre. **Asignación de suministros para animales de servicio:** • Brinda apoyo a los miembros con una discapacidad o afección crónica que requieren asistencia de un perro de servicio, según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA). • Para ser elegibles para este beneficio, requerimos que su médico proporcione confirmación de la necesidad de un perro de servicio de acuerdo con la ADA. • Se puede utilizar para la compra de alimentos y suministros caninos, en cualquier comercio minorista o en línea identificado como una tienda para mascotas (por ejemplo: Petco, PetSmart, Chewy, etc.). • No cubre el costo de adquisición del animal, entrenamiento o cualquier servicio veterinario del perro de servicio. • Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios. **Kits de pruebas genéticas que Medicare no cubre** • Las pruebas incluyen, entre otras: sensibilidad a los alimentos, alergia en interiores y exteriores, sueño y estrés, y mucho más. • Este beneficio está diseñado para ayudar a los miembros que pueden no tener acceso a los antecedentes médicos de su familia a fin de indicar posibles problemas de salud en el futuro. • Los miembros pueden comprar estas pruebas en cualquier sitio web en línea que cuente con una identificación de comerciante registrada indicando que son proveedores de pruebas genéticas. • Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) tiene contratos directamente con Everlywell para ofrecer pruebas a una tarifa negociada con anterioridad. • Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios. **Asignación para aplicaciones de salud mental y bienestar**	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Las aplicaciones de salud mental y bienestar están diseñadas para proporcionar herramientas valiosas que ayuden a los miembros a manejar la discapacidad. • Entre los ejemplos de Aplicaciones de Salud Mental y Bienestar se incluyen: Talkspace, Headspace, Calm, etc. • Los miembros deben utilizar su tarjeta MyChoice precargada para pagar los servicios. **Alimentos y productos** Si es elegible, podrá gastar $45 por mes en sus beneficios de alimentos y productos. Esta asignación mensual **no** se comparte con los siguientes servicios de SSBCI: control de plagas, suministros para animales de servicio, kit de pruebas genéticas que Medicare no cubre y aplicaciones de salud mental y bienestar. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al siguiente mes. Puede utilizar la asignación de su tarjeta MyChoice para comprar varios productos alimenticios saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana, o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en Members.NationsBenefits.com/Molina.	
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 • 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	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. **Puede que se requiera autorización previa.**

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
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.	
Transporte – No Emergencia (Suplementario)*	
Su cobertura incluye hasta 102 viajes de ida cada año natural a lugares aprobados por el plan para transporte que no sea de emergencia. Puede usar este beneficio cuando necesite ir y venir a lugares aprobados por el plan. Las ubicaciones aprobadas por el plan son lugares donde puede recibir servicios y atención que cubrimos. Por ejemplo, el consultorio de su médico, el consultorio del dentista y la farmacia son todas ubicaciones aprobadas por el plan. Los transportes a destinos que no sean hospitalarios, como supermercados, centros de acondicionamiento físico (gimnasios) y centros para adultos mayores, no están cubiertos. **Cómo funcionan los viajes de ida** Los viajes de transporte se cuentan como viajes de ida. Recoger al paciente en una ubicación y dejarlo en otra ubicación es considerado un viaje de ida. Por ejemplo, si usted va al consultorio del médico, y luego al dentista antes de regresar a casa, usted usaría 3 viajes de ida. • 1.er viaje de ida: desde su hogar hasta el consultorio de su doctor. • 2.º viaje de ida: desde el consultorio de su doctor hasta el consultorio de su dentista. • 3.er viaje de ida: desde el consultorio de su dentista hasta su hogar. Una parada en la farmacia después de una cita médica no se contará como un viaje solo de ida, pero nuestro proveedor de transporte tendrá que conocer con anticipación que tiene que parar en la farmacia. Los viajes hacia y desde la farmacia cuando el viaje no se realiza después de una cita médica, se contarán como 2 viajes de ida. Necesitará autorización previa si viajar de 100 millas para un viaje de ida. Llame a nuestro proveedor de transporte o a nuestro Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con la autorización. Si usted necesita viajar a la misma localidad con frecuencia, y nosotros lo autorizamos, no tendrá que obtener una nueva autorización cada vez.	No se aplica coseguro, copago ni deducible por estos servicios si utiliza su tarjeta MyChoice. Es posible que usted deba pagar los costos si supera su asignación máxima anual. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. **Puede que se requiera autorización previa.** Si necesita atención de emergencia, marque 911 y solicite una ambulancia. Consulte la sección "Servicios de ambulancia" en este cuadro para obtener más información sobre el transporte de emergencia.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cómo programar Para las citas que hace con anticipación, como visitas al médico o exámenes de la vista: • Tenga a mano el número de ID del miembro del plan y la información sobre su cita cuando llame. • Debe llamar a la línea de reservas al menos 2 días antes de su cita para reservar un viaje. • Las reservaciones se pueden hacer hasta con 30 días por adelantado. • Las reservaciones para repetir citas para servicios como quimioterapia, radiación, fisioterapia o diálisis se pueden programar durante un período de 90 días por vez. • Si va a necesitar ayuda para subir y bajar del vehículo, indique su situación a nuestro proveedor de transporte cuando llame para programar su viaje. • También puede programar y administrar los servicios de transporte con la aplicación móvil Access2Care. Ingrese en App Store, para iPhone, o Google Play y busque "A2C" para descargarla. Para citas de atención de urgencia, altas hospitalarias o para averiguar dónde se encuentra su transporte, puede llamar a nuestro proveedor de transporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los viajes a la sala de emergencias o entre salas de emergencia no están cubiertos por este beneficio de transporte que no es de emergencia. Sin embargo, un viaje desde la sala de emergencias después del alta de regreso hasta su casa está cubierto. Si necesita una silla de ruedas o bastón, debe traer el suyo. Si usted no tiene una silla de ruedas cuando le den de alta del hospital, comuníqueselo al proveedor de transporte. Si ellos tienen un conductor que tenga una silla de ruedas plegable, harán todo lo posible para ayudarle. De lo contrario, ellos se lo informarán y le darán instrucciones de los pasos a seguir. **Qué puede esperar** • El conductor puede llegar hasta 15 minutos antes o después de la hora programada para recogerlo. • Usted debe estar listo/a para salir en cuanto el conductor llegue. • Si usted llama para que lo lleven después de su cita, el conductor lo recogerá dentro de 60 minutos.	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Si el conductor tiene más de 15 minutos de retraso, llame a nuestro proveedor de servicios de transporte para que lo asista. No llame al conductor que lo dejó. **Si necesita cancelar** • Si ya no necesita transporte, debe cancelar su reserva con, al menos, 24 horas de anticipación. Si el transporte no se cancela antes de que el conductor haya sido enviado, el transporte se aplicará y se deducirá de su límite de transporte anual. **Tipos de transporte** Tipos de vehículos que se pueden utilizar: • Servicios con un sedán, una van, un taxi o un vehículo compartido, si usted puede caminar. • Un vehículo con elevador de silla de ruedas, si tiene movilidad limitada. • Si usted puede caminar y quiere usar el autobús, dígaselo a nuestro proveedor de transporte y le enviarán un vale de autobús para llegar a su cita. El tipo de vehículo para transportarlo dependerá de su movilidad y necesidades físicas. Usted no puede elegir el tipo de vehículo. Si es necesario, nuestro proveedor de transporte puede llamar a su médico para asegurarse de que se envíe el tipo de vehículo correcto para recogerlo. **Reembolso de millas** El reembolso de millas está disponible si usted tiene a alguien que lo lleve y lo traiga a su cita. No es elegible para el reembolso de millas si conduce usted mismo. El reembolso de millas es cuando hacemos que el proveedor de transporte le pague a su conductor por las millas que él condujo para llevarlo a lugares aprobados por el plan. Para usar el reembolso de millas en lugar de nuestro proveedor de transporte: • Llame a la línea de reservas antes de su cita e indique que desea usar el reembolso de millas. • Nuestro proveedor de transporte calculará las millas por usted y le enviará a su conductor un cheque dentro de los treinta (30) días naturales posteriores a la finalización de su viaje. Una vez que se agota este beneficio, si tiene cobertura médica de Medicaid, puede tener acceso a un beneficio de transporte que no sea de emergencia	

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
de Medicaid que cubrirá los viajes a su Proveedor de Cuidados Primarios (PCP) y otros proveedores. Para obtener más información, comuníquese con su asegurador de Medicaid.	
Servicios requeridos urgentemente Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no es de emergencia, que requiere atención médica inmediata, pero que, dadas 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 no es razonable dadas sus circunstancias obtener inmediatamente la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios requeridos urgentemente de un proveedor fuera de la red. La atención de urgencia fuera de los Estados Unidos (United States, U.S.) puede estar cubierta conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia o urgencia. Ofrecemos una cobertura internacional de emergencia de hasta $10,000 cada año calendario para transporte de emergencia,cuidados de urgencia, cuidados de emergencia y atención posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de cuidados de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para estos servicios.
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. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años de edad y más e hispánicos estadounidenses que tienen 65 años de edad o más. • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el cuidado para la vista cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. (Si se le deben practicar dos cirugías de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	
Cuidado para la vista (suplementario)*	
Usted tiene una asignación para lentes, monturas o anteojos de $500 cada año calendario. La cobertura incluye lo siguiente: • Un examen de la vista de rutina cada año calendario. • Asignación de elementos para la vista. Puede usar su asignación de elementos para la vista para comprar lo siguiente: • Lentes de contacto*. • Anteojos (lentes y monturas). • Lentes de anteojos o monturas. • Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos). *Si elige lentes de contacto, su asignación para lentes, monturas o anteojos también se puede utilizar para pagar la totalidad o una parte de su cargo por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los anteojos correctivos que superen el límite de la asignación para lentes, monturas o anteojos del plan.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. **Puede que se requiera autorización previa.**
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 dentro de 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".

Servicios cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios
Cobertura internacional de emergencia/urgencia (suplementaria)*	
Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta $10,000 cada año calendario para cuidados de emergencia o urgencia a nivel internacional fuera de Estados Unidos. Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como cuidados de emergencia o urgencia si la atención se hubiera proporcionado en Estados Unidos. La cobertura internacional incluye cuidados de emergencia o 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. Los Estados Unidos abarcan 50 estados, Distrito de Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de los EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan. Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de los EE. UU. Se aplica un máximo del plan de $10,000 cada año natural para este beneficio.

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

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

Como miembro del plan, usted tiene cobertura en virtud del Programa de Ahorros de Medicare. Medicare Savings Program ayuda a las personas con ingresos limitados a pagar costos de Medicare, tales como mensualidades o costos compartidos. Consulte la tabla del Capítulo 2, Sección 6, para conocer su cobertura específica. Además de ayudar con estos costos de Medicare, algunos miembros también tendrán beneficios para la cobertura de los beneficios completos de Medicaid. El Programa de Ahorros de Medicare considera que QMB+, SLMB+ y FBDE

califican para los beneficios adicionales de Medicaid. Los beneficios adicionales son aquellos que se suman a sus beneficios de Medicare cubiertos por el plan si usted califica.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), pero pueden estar disponibles a través del plan de Medicaid Wisconsin o un programa específico, si cumple con todos los requisitos aplicables.

Si tiene cobertura de beneficios adicionales de Medicaid, puede tener esa cobertura directamente a través del programa estatal o de una Organización de Atención Médica Administrada de Medicaid. En Wisconsin, Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas se llama Medicaid SSI (ABD). Ciertas personas inscritas en Medicaid obtienen su atención médica a través de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO). Puede elegir cualquiera de los planes que se ofrecen a su área. No todos los planes están disponibles en todas las áreas. Puede averiguar sobre los planes comunicándose directamente con Medicaid. Tenga en cuenta que Molina Healthcare también tiene un contrato con el Departamento de Servicios de Salud (DHS) de Wisconsin para administrar los beneficios de Medicaid. Ya sea que esté inscrito o no en Molina en su Plan de Medicaid, lo ayudaremos a coordinar su atención y servicios.

Beneficios Adicionales de Medicaid
Algunos servicios no están disponibles para todos los miembros de Medicaid y requieren el uso de proveedores específicos. Los servicios pueden tener límites o requerir aprobación antes de que usted pueda obtenerlos.

- Servicios Quiroprácticos.
- Servicios Dentales.
- Servicios de Apoyo Familiar.
- Servicios Comunitarios y a Domicilio.
- Centro de Cuidado Paliativo.
- Atención hospitalaria
- Servicios del Centro de Cuidados Intermedios para Personas con Retraso Mental.
- Suministros y Equipos Médicos.
- Servicios de Salud Mental y Tratamiento Médico Diurno.
- Servicios en centros de enfermería que no se presten en una institución para enfermedades mentales.
- Servicios de Cuidado Personal
- Servicios de Farmacia.
- Servicios de podología
- Drogas y Sustancias
- Servicios Terapéuticos.
- Transporte
- Servicios para la Vista

Otros programas de Medicaid	Descripción
Opciones de Family Care para la Atención a Largo Plazo	Family Care es un programa de atención a largo plazo que ayuda a las personas mayores frágiles y adultos con discapacidades a recibir los servicios que necesitan para permanecer en sus hogares.

Programa Family Care Partnership	El Programa Family Care Partnership es un programa integrado de salud y atención a largo plazo para personas mayores frágiles y personas con discapacidades.
Programa IRIS	IRIS (Include [Inclusión], Respect [Respeto], I Self-Direct [Autogestión]) es un programa autodirigido para personas mayores frágiles y adultos con discapacidades de Wisconsin. Usted debe ser elegible para Medicaid para acceder al programa IRIS.
PACE	El programa All-Inclusive Care for the Elderly Program, también conocido como PACE, brinda una amplia variedad de atención a largo plazo, atención médica y medicamentos recetados a personas mayores con necesidades crónicas.
Programa de Asistencia de Medicamentos Recetados SeniorCare	SeniorCare es un programa de asistencia de medicamentos recetados para residentes de Wisconsin que tienen de 65 años de edad en adelante y cumplen con los requisitos de inscripción. El programa está diseñado para ayudar a los adultos mayores con los costos de sus medicamentos recetados.
Programa Wisconsin Chronic Disease Program	El Wisconsin Chronic Disease Program (WCDP) ofrece asistencia a los residentes de Wisconsin con enfermedad renal crónica, hemofilia y fibrosis quística adulta.

Para obtener ayuda con Medicaid, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Nos complacerá ayudarlo. También puede comunicarse directamente con BadgerCare Plus y Wisconsin Medicaid, del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin. Puede encontrar su información en el Capítulo 2, Sección 6.

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

Sección 4.1 Servicios *no* cubiertos por el plan *O* Medicaid

En esta sección, se describen los servicios “excluidos”.

En la siguiente tabla, se describen algunos servicios y elementos que no están cubiertos por el plan en ningún caso o están cubiertos por Medicaid solamente en determinados casos.

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. Única excepción: 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 decidimos no cubrir un servicio médico, lea el Capítulo 9, Sección 6.3, de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Acupuntura		Disponible para personas con lumbalgia crónica en determinadas circunstancias.

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. El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.		Cubierto por Medicaid; pueden aplicarse restricciones.
Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales. 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. (Lea 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.		Cubierto por Medicaid.
Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.		Cubierto por Medicaid.
Los servicios de ama de llaves que incluyen ayuda con las tareas del hogar básicas, como la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.		Algunos servicios pueden estar cubiertos por su beneficio suplementario de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services). Consulte “Servicios de Apoyo en el Hogar” en la Tabla de Beneficios Médicos anterior para obtener más información.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna condición	Cubiertos solo en condiciones específicas
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies		El calzado que es parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que está incluido en el costo del dispositivo, o el calzado ortopédico o terapéutico para personas con 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.	✓	
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados	✓	
Queratotomía, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.		Este plan ofrece cobertura adicional para la vista. Consulte “Cuidado para la vista” en la Tabla de Beneficios, Sección 2.1 de este capítulo para obtener más información.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	✓	

CAPÍTULO 5:

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

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

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

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.

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

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

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

- Un proveedor (un doctor, dentista u otro recetador) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- 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, *Adquiera el medicamento recetado de una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan)*.
- El medicamento debe figurar en la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la llamamos en forma abreviada "lista de medicamentos"). (Lea la Sección 3: *Sus medicamentos deben estar incluidos en la "Lista de Medicamentos" del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una "indicación médica aceptada" consiste en el uso de un medicamento aprobado por 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 Uso de 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.

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 consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visitar nuestro sitio web (MolinaHealthcare.com/Medicare) o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros.

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra 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 encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda al Departamento de Servicios para Miembros o consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias*. También puede obtener esta información si ingresa a nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

Necesitará adquirir algunos medicamentos recetados 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, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio 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**" (no disponibles para pedidos por correo, No Mail Order) en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre el surtido de medicamentos recetados por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare.

Por lo general, una farmacia de pedidos por correo le enviará el pedido en menos de 14 días. Si hay una necesidad urgente o si el pedido se retrasa, llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con la recepción de un suministro provisional de su receta médica.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, lo contactará para ver si desea que se suministre el medicamento inmediatamente o con posterioridad. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si desea enviar, demorar 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 lo contactará antes de enviar cada renovación para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar las renovaciones programadas si todavía tiene suficientes medicamentos o si le cambiaron el medicamento.

Si elige no utilizar nuestro programa de renovación automática, pero aún desea que el servicio de farmacia por correo le envíe su receta médica, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su receta médica actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción en nuestro programa que prepara de forma automática las renovaciones de pedidos por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros 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 obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos medios de obtener un suministro a largo plazo (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 llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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 comunique con el Departamento de Servicios para Miembros** a fin de 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 un periodo menor.

¿Cómo puede solicitar un reembolso del plan?

Si debe recurrir a una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (en lugar de pagar su parte normal del costo) en el momento en que le surten su receta médica. Usted podrá solicitar el reembolso de nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2, se explica cómo solicitar el reintegro al plan).

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

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

El plan 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.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

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* cuenta con el respaldo de determinadas 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.

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 sustitutos de los medicamentos genéricos o alternativas biosimilares 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.
- La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

Sección 3.2 Hay cinco (5) "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 cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento:

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (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)

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 especifica en el Capítulo 6 (*Parte que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Existen 2 maneras de verificar esto:

1. 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.
2. 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 recomendarles a usted y a su proveedor cómo utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro de menor valor presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor valor, las normas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor valor.

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

Sección 4.2 ¿Cuáles son las restricciones?

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

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán seguir algunos pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Comuníquese con 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 según la seguridad y la eficiencia.
- Autorización previa: el plan puede utilizar estos requisitos de aprobación previa para asegurar que el medicamento se esté utilizando de forma adecuada para tratar sus necesidades de salud.
- Terapia escalonada: podemos requerir que intente con otros medicamentos antes de recibir el medicamento solicitado.
- B frente a D: algunos medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte D o Parte B, según las circunstancias.

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

Por lo general, un medicamento "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior. **En la mayoría de los casos, cuando una versión genérica de un medicamento de marca registrada está disponible, nuestras farmacias de la red le proveerán la versión genérica en lugar del medicamento de marca registrada**. Sin embargo, si su proveedor nos informa que existe una razón médica que demuestra que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos serán eficaces para tratar la misma condición, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca registrada 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 lo 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, como 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.
- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que fuera cubierto.
- Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de Medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, lea la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.
- Si el medicamento que utiliza se incluye en una categoría de costo compartido y el costo que usted debe pagar es mayor al que considera correcto, lea la Sección 5.3 para conocer qué recursos están a su disposición.

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

Si el medicamento que utiliza no está en la Lista de Medicamentos o existen restricciones, tendrá las siguientes opciones:

- Puede obtener 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 ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que estuvo tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan** O **ahora tiene algún tipo de restricción**.

- **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.

- Este suministro provisional se otorgará por un máximo de 31 días. 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 desde hace más de 90 días y residen en un centro de cuidados prolongados y necesitan un suministro de inmediato:**

  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.
- 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 requiera que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted podría ser elegible para que se le surtan medicamentos de forma provisional por única vez, aunque ya hayan pasado sus primeros 90 días como miembro del plan. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son de la "Parte D" y compró en una farmacia de la red. La política de transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red.

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 el Capítulo 9, Sección 7, 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:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que considera muy alta, hable con su proveedor. Tal vez haya otro medicamento en un nivel de costo compartido menor con el mismo mecanismo de acción. Llame 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 una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor determina que por su cuadro médico se justifica solicitarnos una excepción, su proveedor puede asistirlo para solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, deben leer el Capítulo 9, Sección 7.4 para obtener más información sobre cómo proceder. 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.

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

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

Sección 6.1 La lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos**.
- **Transferir un medicamento en 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.

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 la misma categoría de costo compartido o en una inferior con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a una categoría de costo compartido más alta, o agregar nuevas restricciones, o ambos, cuando se agrega 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 la categoría de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada, o ambos. Además podríamos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - 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.

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

- Movemos el medicamento a una categoría de costo compartido más alta.
- 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 apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener más información sobre apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido usted deberá pagarlo.

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

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

También, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medicaid, debe comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o con la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se encuentra en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta médica

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía del plan, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará automáticamente al plan nuestra parte de los costos de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* monto del costo cuando retira el medicamento recetado.

Debe mostrar su tarjeta de identificación del miembro del plan de Medicaid Wisconsin para surtir las recetas médicas cubiertas por Medicaid.

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

Si no tiene la información de membresía del plan con usted cuando surte su receta médica, usted o la farmacia puede llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es probable que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** (Luego podrá **solicitar el reembolso** de nuestra parte. Lea el Capítulo 7, Sección 2, para obtener más información sobre cómo solicitar un reembolso del plan).

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

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

Si usted es internado en un hospital o un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante la internación. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de cuidados especializados, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura que se describen 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 (long-term care, LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que utiliza, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y 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 (long-term care, 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 a través de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su 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 este aviso sobre la cobertura válida, ya que podría necesitarlo luego. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura de medicamentos Parte D, posiblemente necesite este aviso para demostrar que mantuvo una cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o al sindicato.

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

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

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

SECCIÓN 10 Programas de seguridad y utilización de medicamentos

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

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

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

- Posibles errores de medicamentos.
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios porque usted toma 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

Tenemos un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados 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 asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

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

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta, se explicarán las limitaciones que pensamos se deben aplicar a usted. Tendrá la oportunidad de 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 asignaremos a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o anemia falciforme, 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) 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 consumen 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 decide no participar, avísenos y lo retiraremos. 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

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, 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 paga por medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **"copago"** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.
- El **"coseguro"** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los gastos de su bolsillo

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de su bolsillo y lo que *no*.

Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de los gastos de su bolsillo.

Estos pagos están incluidos en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya respetado las normas de cobertura de medicamentos explicadas en el Capítulo 5):

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

Es importante quién paga:

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

Pasar a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o quienes efectúan los pagos en su nombre) ha consumido un total de $7,400 en gastos de su bolsillo dentro del año natural, pasará de la Etapa de brecha en cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en los gastos de su bolsillo

Los gastos de su bolsillo no incluyen ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos no cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que usted adquiere en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Medicamentos cubiertos solo por Medicaid.
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluso medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Los pagos que haga por medicamentos recetados que no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Los pagos efectuados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en la brecha en cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de salud grupales, incluidos planes de salud del empleador.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos efectuados por terceros con obligación legal de pagar los costos por medicamentos recetados (por ejemplo, Indemnización al trabajador).

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

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

- Nosotros lo ayudaremos. El informe de EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los gastos de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $7,400,se le indicará en este informe que dejó la Etapa de Brecha en Cobertura y pasó a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.
- Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos. En la Sección 3.2, se especifica lo que puede hacer para ayudarnos a mantener nuestros registros de lo que gastó en forma completa y actualizada.

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

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

Existen cuatro “etapas de pagos de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D conforme a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Lo que usted paga depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene un medicamento recetado o la renovación de la receta médica. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Brecha en Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura de Catástrofe

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por Insulina: Su costo dependerá del subsidio por bajos ingresos de cada persona. Si no recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus costos de medicamentos recetados,

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 que tenga.

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.° 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.

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 recibe la factura por un medicamento cubierto, podrá solicitar al plan nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo realizar esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.

- **Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos efectuados por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. 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 reciba la *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 No hay deducible para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)

No existe deducible para Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surta la primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

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

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

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

El plan establece cinco (5) categorías de costo compartido

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

- Categoría 1: medicamento genérico preferido (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)

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

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Lea el Capítulo 5, Sección 2.5, para saber en qué situaciones surtiremos una receta médica en una farmacia fuera de la red.
- El servicio de farmacia por correo del plan.

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

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

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende de la categoría 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:

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

Adicional LIS" (los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este documento).

Nivel	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 por hasta 31 días).
Categoría 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.

Nivel	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 por hasta 31 días).
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría 5 de costo compartido (Categoría de medicamentos especializados)	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	\$0, \$1.45 o \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.30 o \$10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.

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

Normalmente, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su doctor deseen tener un 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 proporcione, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de renovación de las diferentes recetas médicas.

Si recibe un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, no deberá pagar por el suministro para 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, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días que reciba el medicamento en lugar de un mes completo. Calcularemos la suma que pague por día por su medicamento (la "tasa de costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

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

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

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

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 1 de costo compartido (Genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 de costo compartido (Genéricos)	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 3 de costo compartido (Marca preferida)	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días)
Categoría 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.	$0, $1.45 o $4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $0, $4.30 o $10.35 de copago para los demás medicamentos por receta médica.
Categoría 5 de costo compartido (Categoría de medicamentos especializados)	Para los medicamentos de categoría cinco (5), no existe el suministro a largo plazo.	El servicio de pedidos por correo no está disponible para un suministro a largo plazo de medicamentos de nivel cinco (5).

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

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los costos de medicamentos recetados que adquirió alcance el **límite de $4,660 de la Etapa de Cobertura Inicial**.

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

Le informaremos si alcanza este monto. Si alcanza esta suma, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Brecha en Cobertura. Lea la Sección 1.3 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 cuentan en el cálculo de los gastos de su bolsillo como si usted los hubiese pagado y lo harán avanzar en la brecha en cobertura.

También recibirá cobertura para algunos medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo por medicamentos genéricos y el plan paga el resto. 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. Cuando alcanza este monto ($7,400), pasa de la Etapa de Brecha en Cobertura a la Etapa de Cobertura de Catástrofe.

Medicare establece normas sobre lo que se considera gastos de su bolsillo y lo que no (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura de Catástrofe, el plan paga la mayoría 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 el gasto completo por sus medicamentos.

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

- $0; *o*
- Un coseguro o un copago, el que que sea la suma mayor:
  - – ya sea – un coseguro del 5% del costo del medicamento
  - O $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.

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

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.

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).

Sus costos por una vacunación de la Parte D dependen de 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)* 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.

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacunación de la Parte D puede variar según las circunstancias y la Etapa de Medicamentos en que se encuentre.

- A veces, cuando se le aplica la vacunación, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para que se la administre. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacunación, pagará solo su parte del costo conforme a 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, que incluye el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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 reintegre nuestra parte del costo según los procedimientos descritos 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.

- 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 reintegre 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.
- Asimismo, conforme a su nivel de elegibilidad en Medicaid, se cubrirán algunos o todos los costos compartidos.

CAPÍTULO 7:

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

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

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

Si ya pagó algún servicio o artículo de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le reintegre el dinero (por lo general, los reintegros se denominan "reembolsos"). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando haya 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. Lea la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya haya pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reintegraremos el costo de los servicios o medicamentos.

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 los costos compartidos permitidos por el 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 de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. En estos casos, debe pedirle al proveedor que facture al plan.

   - Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, solicítenos un reintegro por. 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 ya pagó del servicio, le reintegraremos.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan. No obstante, a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague por los servicios.

   - Usted únicamente tiene que pagar su 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 del 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.

- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema.
- Si ya le pagó a un proveedor de la red, envíenos la factura con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Debe pedirnos que le devolvamos por los servicios cubiertos.

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

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

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

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

Si va a una farmacia fuera de la red, esta probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Cuando esto sucede, usted deberá pagar el costo total por el medicamento recetado. Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red 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 doctor para efectuar el reintegro de nuestra parte del costo del medicamento.

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

Cuando usted nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una "decisión de cobertura". Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o el medicamento. Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos la solicitud de pago

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.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede completar el formulario de reclamos para solicitar el pago. **Debe presentar su reclamo dentro de un (1) año calendario** posterior a la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.

- No está obligado a utilizar este formulario, pero nos ayudará a que podamos procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare o solicite el formulario por teléfono al Departamento de Servicios para Miembros.

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 Complete Care (HMO D-SNP)
Attn: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

O envíe un fax al (310) 507-6186

Reembolsos de los Medicamentos Recetados:

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

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 pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso por nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las normas, no pagaremos nuestra parte de los costos por la atención médica o el medicamento. Le enviaremos una carta en la que se explicarán las razones por las que no le enviamos el pago y los derechos que tiene para apelar esta decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos nuestra decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos específicos y fechas límites importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra de molde o en formatos alternativos, etc.).

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 algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (855) 315-5663, 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). Los usuarios de TTY deberán llamar al 711. 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

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

Si considera que no está recibiendo la atención médica correspondiente o sus medicamentos Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9, se informa qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su "información médica personal" incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- 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 proporcionar su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por ella, *debemos obtener por escrito su permiso o el de alguien a quien le haya otorgado autoridad legal para tomar decisiones por usted primero.*
- 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 historia clínica archivada en el plan y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

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

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

Su privacidad

Molina Healthcare of Wisconsin, Inc ("Molina", "nosotros" o "nuestro") usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. 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 este aviso es el 1.º de octubre del 2013.

PHI significa información médica protegida. La Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) es información médica que incluye su nombre, su número de miembro u otros identificadores, y que es utilizada o compartida por Molina.

¿Por qué Molina usa o comparte su PHI?
Usamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. 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 PHI para darle o facilitarle 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 los pagos
Molina puede usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para Funciones de Atención Médica
Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para ejecutar 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 información médica protegida (protected health information, PHI) para resolver inquietudes 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, pero no se limita a lo siguiente:

- Mejoramiento de la calidad.
- Acciones en programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realización u organización de la revisión médica.
- Servicios legales, incluidos los programas de detección y enjuiciamiento por fraude y abusos.
- Acciones para ayudarnos a obedecer las leyes.
- Atención 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 brindarle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo puede Molina usar o compartir su PHI sin una autorización (aprobación) por escrito de su parte?
Además del tratamiento, el pago y las funciones de atención médica, la ley permite o exige que Molina use y comparta su PHI para otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por la ley

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

Supervisión de la atención médica
Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su información médica protegida (PHI) para realizar auditorías.

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

Procedimientos legales o administrativos
Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la Ley
Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad
Su PHI se puede usar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales
Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica
Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

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

Divulgación con otros fines
Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?
Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI con cualquier propósito que no se haya especificado en este Aviso. Molina necesita su autorización antes 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 con respecto a su 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. Asimismo, puede pedir que no compartamos su información médica protegida (protected health information, PHI) con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar una solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de {Molina para hacer la solicitud.

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

Usted puede pedirle a Molina que le entregue su PHI de una determinada forma o en un determinado lugar para mantenerla en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su información médica protegida (PHI) podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar una solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**
  Tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para realizar la cobertura y reclamos y tomar otras decisiones como miembro de Molina. Deberá presentar una solicitud por escrito. Usted puede utilizar 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 historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.
- **Enmendar su PHI**
  Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar una solicitud por escrito. Usted puede utilizar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si denegamos su solicitud.
- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (Compartir su PHI)**
  Usted puede pedirnos que le demos una lista de los terceros con los que compartimos su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la información médica protegida (PHI) compartida de la siguiente manera:
  - Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
  - A personas sobre su propia información médica protegida (PHI).
  - La información compartida con su autorización.
  - La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
  - información médica protegida (protected health information, PHI) divulgada en interés de la seguridad nacional o para el propósito de inteligencia; o
  - como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

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

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Molina, 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.

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

Si cree que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina y Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Usted puede presentar una queja ante nosotros en:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Molina, 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.

Por escrito:
Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP)Molina
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

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

Oficina de Derechos Civiles
Department of Health & Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: (800) 368-1019; TDD: (800) 537-7697; Fax: (312) 886-1807

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?
Molina es necesario para 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);
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su información médica protegida (información médica protegida [PHI]) no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones;
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este Aviso está sujeto a modificaciones
Molina se reserva el derecho de modificar los términos y las normas sobre la información de este Aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, las nuevas condiciones y normas se aplicarán a toda la información médica protegida (PHI) que esté en nuestro poder. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el Aviso revisado en nuestro sitio web y lo enviará, o bien enviará información acerca del cambio importante y acerca 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, comuníquese con la siguiente oficina:

Por teléfono:
Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Molina, 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.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, audio o en letra de molde grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros (Member Services) de Molina al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Molina, 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. La llamada es gratuita.

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

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

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre los proveedores y las 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 brinda información sobre los servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6, se brinda 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 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o un medicamento Parte D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 9, también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también 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.

- **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 en estas situaciones se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. 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. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- Los formularios también están disponibles a través del enlace a Caring Connections en nuestro sitio web y 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.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firmó una directiva anticipada y considera que un doctor u hospital no siguió las instrucciones en la misma, puede presentar una queja ante :

Para quejas sobre profesionales de atención médica:
Departamento de seguridad y Servicios profesionales de Wisconsin
1400 E. Washington Ave.
Madison, WI 53703
Teléfono: 608-266-8481
TTY: 711
Fax: (608) 266-2264

Para presentar quejas sobre centros de atención médica y hospitales:
Wisconsin Department of Health Services
División de seguridad de calidad de Wisconsin
P.O. Box 2969
Madison, WI 53701-2969
Teléfono: 1-608-266-8481
Fax: (608) 267-0352
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 quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento, se le informa qué puede hacer. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una 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 cree que se lo trató injustamente o que sus derechos no se respetaron por motivos de raza, discapacidad, creencia religiosa, sexo, estado de salud, grupo étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, deberá llamar a **Office for Civil Rights** de Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 o por TTY al 1-800-537-7697, o llamar a su Office for Civil Rights 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).

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 esta Evidencia de Cobertura para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
  - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Presente su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que lo ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
  - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus doctores acuerden.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **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 continuar pagando las mensualidades de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
  - Si debe pagar el monto adicional para la Parte D por tener mayores ingresos (según lo informado en la última declaración de impuestos del IRS), le debe seguir pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, nos lo debe informar** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo se describen los procesos para tratar problemas e inquietudes. El proceso que se debe utilizar para tratar un problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por Medicare o Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si quiere utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
2. El tipo de problema que usted tiene:
   - Para algunos problemas, deberá recurrir al **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
   - Para resolver otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas;** también denominadas reclamos.

Medicare aprobó estos procesos. 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 debe 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 usan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de organización”, “determinación de cobertura” o “determinación en riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces bastante importante, que 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 cómo lo tratamos, estamos obligados a cumplir con su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con atención 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 mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Cada estado tiene 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 los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3, de este documento.

Medicare.

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

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

Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Método	BadgerCare Plus y Wisconsin Medicaid, del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin (Programa Medicaid de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 362-3002 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local
TTY	(888) 701-1251 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Wisconsin Department of Health Services 1 West Wilson Street Madison, WI 53703
SITIO WEB	http://www.dhs.wisconsin.gov

Método	Medicaid y BadgerCare HMO/SSI (Programa del Mediador de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(800) 760-0001 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local
ESCRÍBANOS	Medicaid and BadgerCare Plus HMO/SSI MCO Ombudsman P.O. Box 6470 Madison, WI 53716-0470
SITIO WEB	http://www.dhs.wisconsin.gov

Método	Wisconsin Board on Aging and Long Term Care – Información de contacto
LLAME AL	(800) 815-0015 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	Board on Aging & Long Term Care Ombudsman Program 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, WI 53704-4001
SITIO WEB	http://longtermcare.wi.gov

Método	Livanta – (Organización de Mejoramiento de Calidad de Wisconsin) – Información de contacto
LLAME AL	(888) 524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a p. m., hora local; fines de semana y días festivos, 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 3 Para resolver su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Dado que usted tiene Medicare y recibe asistencia de Medicaid, cuenta con procesos diferentes que puede utilizar para tratar un problema o una queja. El proceso que utiliza depende de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, debe utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si quiere utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

El proceso de Medicare y el proceso de Medicaid se describen en partes diferentes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice la tabla a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

Si desea obtener ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Continúe con la siguiente parte de este capítulo, **Sección 4, "Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare".**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **"Cómo tratar problemas relacionados con los beneficios de Medicaid".**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo manejar problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debería usar usted el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? O, ¿debería usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La información a continuación lo ayudará a identificar la sección correcta de este capítulo acerca de problemas o quejas sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para saber qué sección de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud acerca de los beneficios de **Medicare**, utilice la siguiente tabla:

¿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 y la modalidad de dicha cobertura, y problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 5, "Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones".**

No.

Salte a la **Sección 11** al final de este capítulo, **"Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, la atención al cliente u otros problemas".**

SECCIÓN 5 Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: generalidades

El proceso de solicitud de decisiones de cobertura y apelaciones se utiliza en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura, incluidos los problemas relacionados con pagos. Este es el proceso que debe utilizar para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

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. Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (que lo favorece) siempre que le presta atención médica o si lo remite a un médico especialista. 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.

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 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 rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. Una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros lleva a cabo la apelación de Nivel 2.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2 , puede recurrir a los niveles adicionales de apelación (en la Sección 10 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2 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 gratuita del** Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).
- **Su doctor puede hacer 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 la página web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
  - Para la atención médica, 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 su derecho a 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 5.3 ¿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 6** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el doctor le está dando el alta demasiado pronto".
- **Sección 9** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto" (*Solo se aplica a los siguientes servicios*: servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica y servicios. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto*). 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 6.2.**
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 6.2.**
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 6.3.**
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 6.5.**
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 6.3.**

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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)**, tiene que leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Término legal
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 de atención médica *que aún no haya recibido.*
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si al aplicar las fechas límite estándar, *su salud o su capacidad de funcionar resultan perjudicadas.*
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente acordaremos otorgarle una 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 le explique que aplicaremos las fechas límite estándares.

- Se le explique que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le concederemos 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 comunicaremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud **para un elemento o servicio médico**. Si su solicitud es por un **medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que lo puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días 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 cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida", le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un 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 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 cree que *no* debemos demorar más días, puede presentar una "queja rápida" (consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre los reclamos). Lo 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 6.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal
Una apelación al plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración ”.** Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.**

Paso 1: decida 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.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, detallados en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** Usted también puede solicitar una apelación si nos llama. 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.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relativa a 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 revisamos su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información, posiblemente contactándonos con usted o su doctor.

Fechas límite 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.
  - 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 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. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos automáticamente su 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"

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. 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* debemos extender el plazo, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
  - Si no le informamos nuestra respuesta antes de la fecha límite (o antes del final del plazo extendido), trasladaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que una organización de revisión independiente revisará la apelación. En la Sección 6.4, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un elemento o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B

Si nuestro plan deniega la totalidad o parte de su solicitud, en forma automática, enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: cómo se presenta una apelación de Nivel 2

Término legal
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.
- 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 usted presentó una apelación "estándar" en el nivel 1, también tendrá una apelación "estándar" en el nivel 2

- Para la "solicitud estándar", si esta es por un 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 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días 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.

Office of Administrative Hearings le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de un elemento o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas** o proveer el servicio dentro de los **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar** o dentro de las **72 horas** después de la fecha en la que el plan reciba la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si la organización de revisión independiente aprueba una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B,** debemos autorizar o proveer el medicamento recetado de la Parte B en cuestión **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares** o **dentro de las 24 horas** después de la fecha en la que el plan recibe la decisión de la organización para las **solicitudes aceleradas.**
- **Si la respuesta de la organización revisora a su solicitud es total o parcialmente negativa**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no 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:
  - Explique su decisión.
  - Se le informa sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un 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.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 6.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que le reintegremos una factura que usted ha recibido por atención médica?

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

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

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

- **Si aprobamos su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de costo dentro de los 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si denegamos su solicitud:** si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos los servicios y los motivos por los cuales no pagaremos.

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

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

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que ya recibió y pagó, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si se aprueba su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviar el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1 En esta parte se describen los pasos a seguir si usted tiene algún problema para obtener un medicamento Parte D o si usted debe solicitar un reintegro por un medicamento Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para varios medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médica aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de los medicamentos Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere solamente a sus Medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término ‘‘medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “Medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina **"determinación de cobertura".**

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

- Solicitar cobertura para un medicamento Parte D que no está en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar que renunciemos a una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como, por ejemplo, límites para la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar el pago de un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en una categoría de costo compartido superior. **Solicite una excepción. Sección 7.2.**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitar que paguemos. Sección 7.4.**

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

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

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Término legal
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 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, usted deberá pagar el monto de costo compartido que corresponde a los medicamentos en el nivel cinco (5). No puede solicitar una excepción por el monto de 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 cinco (5) categorías de costos compartidos. En general, cuanto menor sea la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su afección médica que se encuentra(n) 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 al/a los medicamento(s) alternativo(s).
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por la suma de costo compartido que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
   - 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 una categoría menor de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

Sección 7.3 Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

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

Por lo general, nuestra lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos colaterales ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de costos compartidos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año del plan. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su condición.
- Si denegamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
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 dentro de las **24 horas** después de recibir la declaración de su doctor.

Si su salud así 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 haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida por el reintegro de un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad de funcionar.
- **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 dentro de las 24 horas después de recibirla.

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 es la razón médica de la excepción. Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro recetador nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Fechas límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - 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,** 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

- Por lo general, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su doctor. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
  - 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 aprobamos la totalidad o parte de su solicitud,** debemos **proveer la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 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 al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días naturales** de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con 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 7.5 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal
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: Determine 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 recibió, usted y su doctor u otro recetador deberán decidir si requiere una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida" detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su doctor u otro recetador deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, deberá solicitar una "apelación rápida".

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos**. 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.

Fechas límite 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 6.4**, 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" con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Para apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud lo requiere.
  - 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 6.4**, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos la totalidad o parte de su solicitud,** debemos proveer la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, 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.

Fechas límite para una "apelación estándar" con respecto a un pago por 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 7.6 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal
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: 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.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una "apelación rápida"

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".
- Si la organización decide otorgarle una "apelación rápida", esta deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación "estándar"

- Si presenta una apelación estándar, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si está solicitando que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya compró, la organización revisora deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización revisora **dentro las 24 horas** después de recibir la decisión de la organización.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente aprueba la totalidad o parte de su solicitud,** debemos **proveer la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización revisora **dentro las 72 horas** después de recibir la decisión de la organización.
- **Si la organización de revisión independiente dice que sí a la totalidad o parte de su solicitud de reintegro** por un medicamento que usted ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde negativamente a su apelación?

Si la organización rechaza la totalidad o parte de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (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 decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. **En la Sección 10** de este capítulo, se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una internación en el hospital más prolongada si usted considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios 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. 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 haya determinado su fecha de alta, su doctor o el personal del hospital se la informarán.

- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación en el hospital más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 8.1 Durante su internación en el hospital, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informan sus derechos

Dentro de los dos días posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital (por ejemplo, un[a] trabajador[a] social o un[a] enfermero[a]) le entrega el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame 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. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende.** Le indica:
   - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su internación en el hospital, según lo indicado por su médico. Esto incluye su derecho a conocer en qué consisten esos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
   - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su internación en el hospital.
   - Dónde notificar cualquier duda que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho **a solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si considera que esta es muy repentina. Es una manera formal y legal de solicitar una demora de su fecha de alta para 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. Este aviso no especifica su fecha de alta. Firmar el aviso ***no*** **significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.
3. **Conserve su copia** del aviso para tener la información a mano sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud por la calidad de atención) en caso de necesitarla.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o 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. También puede verlo en línea ingresando a www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y 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, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de 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 para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, 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 esta fecha límite, puede 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, *tal vez deberá pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si usted no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad y aún desea presentar su apelación, deberá presentar en cambio la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener más detalles acerca de esta otra forma para hacer su apelación, consulte la **Sección 8.4** de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización de Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le proporcionaremos un **Aviso Detallado de Alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del Aviso Detallado de Alta llamando al Departamento de Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.). También puede ver un ejemplo del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad ("los revisores") le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán nuestra información y la del hospital.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores nos informen acerca de su apelación, le haremos llegar un aviso por escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. En el aviso también se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros consideramos correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro del día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la organización revisora *aprueba* su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios de hospitalización cubiertos por el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización revisora es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios de hospitalización 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, **tal vez usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la respuesta de la Organización de Mejoramiento de Calidad a su apelación fue *negativa y* usted continúa internado en el hospital después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad haya dado una respuesta *negativa* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados, siempre que sea médicamente necesario**.
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si se rechaza la apelación, 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 presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Término legal
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina **“apelación acelerada”.**

Puede presentar una apelación

Como se explicó anteriormente, debe actuar de manera rápida para iniciar su Apelación de Nivel 1 por su alta del hospital. Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de la 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.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida**". Esto significa que nos solicita una respuesta con fechas límite "rápidas" en lugar de fechas límite "estándares". El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 2: Efectuamos una revisión "rápida" de su fecha de alta programada y verificamos si es correcta desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Verificaremos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las reglas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida".

- **Si aprobamos 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 cubriendo sus servicios hospitalarios para pacientes internados por el tiempo que estos sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos por la atención que usted recibió 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,** significa que consideramos que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que decidimos que finalizaría su cobertura.
    - Si usted permaneció internado en el hospital *después* de su fecha de alta programada, entonces **tal vez usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria recibida después de la fecha de alta programada.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación, su caso será trasladado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: proceso de apelación *alternativa* de Nivel 2

Término legal
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: Su caso será trasladado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas después de haberle informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo u otros plazos, podrá presentar una queja. En la Sección 11 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 detalladamente toda la información relacionada con su apelación por el alta del hospital.
- **Si esta organización *aprueba* su apelación**, debemos pagarle (reembolsarle el dinero) nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde su fecha de alta programada. También debemos continuar con la cobertura del plan por sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted deberá continuar pagando su parte de los costos. Si se aplican limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la suma de nuestro reembolso o el tiempo por el que podríamos continuar con la cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.
  - En el aviso escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente se le informará cómo iniciar una Apelación de Nivel 3, la que es administrada por 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 contestan negativamente a su apelación de Nivel 2, usted decide si desea continuar y presentar una apelación de Nivel 3.
- En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre el los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 9.1 *En esta sección, se describen tres servicios solamente:* servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Cuando recibe **servicios médicos domiciliarios, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

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 por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 Le informaremos por anticipado cuándo termina su cobertura

Término legal
"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 finalizar su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura de su atención. En el aviso se informa lo siguiente:

- La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
- Cómo solicitar una "apelación rápida" para solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención.

2. **Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de que debe finalizar su atención.

Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y 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, llame al Departamento de Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es correcta desde el punto de vista médico.

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 para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado consulte el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- 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 9.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
"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 habrán informado sobre su apelación, le proporcionaremos la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si los revisores contestan *afirmativamente* a su apelación, **debemos continuar la provisión de sus servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario**.
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores contestan negativamente?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si usted decide continuar recibiendo atención médica domiciliaria o atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** por esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

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, tal vez usted deba pagar el costo total de su atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Debe contactarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad nuevamente y solicitar otra revisión.

- Usted debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad contestó *negativamente* a su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad efectúa una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta de manera afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión contesta negativamente?

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. El aviso le informará sobre los detalles de cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que será administrado por un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, deberá decidir si desea continuar el proceso de apelaciones.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una Apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.

- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un Juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 9.5 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para hacer su apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación

Como se explicó antes, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad e iniciar su primera apelación (en un día o dos, a más tardar). Si no cumple con el plazo para comunicarse con esta organización, puede presentar la apelación por otros medios. Si usted presenta la apelación por esta otra vía, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Término legal
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: Comuníquese con nosotros para solicitar una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida**". Esto significa que nos solicita una respuesta con fechas límite "rápidas" en lugar de fechas límite "estándares". El Capítulo 2 contiene la 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: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión rápida".

- **Si aprobamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que los servicios se deben prolongar, y continuaremos proporcionándole 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 rechazamos su apelación,** su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y ya no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Término legal
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se denomina **"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". Esta organización 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: su caso será trasladado automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Debemos enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro 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 11 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 *aprueba* su apelación,** deberemos devolverle el dinero de nuestra parte de los costos por la atención que 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 pasar a la 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 desea presentar una Apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibirá después de su Apelación de Nivel 2.
- En el Nivel 3, un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador revisa la apelación. En la Sección 10 de este capítulo, encontrará más información sobre el los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más

Sección 10.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicio médico

Esta sección puede aplicar para su caso si 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 el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar 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 al Nivel 5.
  - 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 rechaza su apelación, en el aviso que reciba, se 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 decidirá si aprobar o no su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

Sección 10.2 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de Medicamentos Parte D

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor de los medicamentos que usted apeló alcanza una cierta suma de dinero, usted podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si la suma de dinero es menor, no podrá continuar apelando. En la respuesta por escrito que reciba por su apelación de Nivel 2, se le explicará a quién debe contactar y cómo proceder para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno** federal someterá su apelación a revisión 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 apelación termina.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones** (Consejo) de Medicare someterá su apelación a revisión y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** que haya sido aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas en el caso de apelaciones aceleradas) o efectuar el pago como máximo 30 días 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 apelación termina.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, en el aviso se le informará si las normas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También se le informará a quién debe contactar y cuál es el siguiente paso si decide continuar con la apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez de la **Corte de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aprobar o no su solicitud. Esta es una respuesta final. No existen más niveles de apelación después de la Corte de Distrito Federal.

SECCIÓN 11 Cómo presentar un reclamo por la calidad de atención, tiempos de espera, atención al cliente u otros reclamos

Sección 11.1 ¿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? • ¿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? ◦ Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o recibir 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 enviamos un aviso obligatorio? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

Queja	Por ejemplo:
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; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 11.2 Cómo presentar una queja

Término legal

- Una **"Queja"** también recibe el nombre de **"reclamo".**
- **"Presentar una queja"** también recibe el nombre de **"presentar un reclamo".**
- "**Usar el proceso para quejas"** también recibe el nombre de "**usar el proceso para presentar un reclamo".**
- Una **"queja rápida"** también recibe el nombre de **"queja acelerada".**

Sección 11.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Generalmente, llamar al Departamento de Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no recibió una respuesta satisfactoria), puede presentar su queja por escrito y enviarla a nuestras oficinas.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

- Trataremos de resolver su queja por teléfono. Si solicita una respuesta por escrito, presente un reclamo por escrito, o si su queja se refiere a la calidad de la atención, le responderemos por escrito. Si no podemos resolver su queja por teléfono, realizaremos un procedimiento formal para revisar sus quejas. Esto se denomina proceso de quejas para miembros. Usted o su representante autorizado tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) acepte una extensión relacionada con una reconsideración o determinación de organización, o cuando deneguemos una solicitud para acelerar una reconsideración o determinación de organización. (No podemos extender el proceso cuando tomamos una decisión de cobertura o decidimos que una apelación implica un medicamento Parte B o D). Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) responderá a estas quejas aceleradas dentro de veinticuatro (24) horas después de su 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 por catorce (14) días si usted solicita la extensión o si necesitamos información adicional, y la demora es en su beneficio.

  Usted o su representante tienen derecho a presentar una queja acelerada siempre que Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) solicite una extensión relacionada con la reconsideración de una determinación de organización, o cuando rechacemos acelerar una solicitud para una reconsideración o determinación de organización. Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) responderá a estas quejas dentro de (24) horas después de su recepción.

  El reclamo debe presentarse 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 quejarse.

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.
- **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 la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 11.4 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 ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) 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.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

SECCIÓN 12 Cómo tratar problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

Para obtener información adicional sobre los beneficios y/o procesos cubiertos por Medicaid, debería contactarse con el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) o la oficina de Medicaid de su estado (la información de contacto se incluye en el Capítulo 2, Sección 6).

Sección 12.1 Puede obtener ayuda e información de Medicaid

Puede llamar al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho gratis al 1-800-926-2588. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-208-334-0901.

Puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (http://www.healthandwelfare.idaho.gov).

Sección 12.2 También puede informarle a la Oficina de Derechos Civiles acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR). Para presentar una queja ante la Oficina por Derechos Civiles, vaya a www.hhs.gov/ filing-a-complaint/complaint-process/index.html.

Cómo presentar una queja sobre derechos civiles

Requisitos de una queja

Su queja debe:

- Presentarse por escrito por correo, fax, correo electrónico o a través del Portal de Quejas de la OCR.
- Nombrar al proveedor de atención médica o de servicios sociales involucrado y describir los actos u omisiones que usted cree que violaron las leyes o reglamentos de derechos civiles.

- Se debe presentar dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que supo que se produjo el acto u omisión de la que se queja. La OCR puede extender el periodo de 180 días si usted puede demostrar una "buena causa".

Para presentar una queja sobre derechos civiles en línea

Vaya en línea al Portal de Quejas de la OCR en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf y seleccione el tipo de queja que desea presentar.

Complete tanta información como sea posible, incluyendo:

- Información sobre usted, el demandante
- Detalles de la queja
- Cualquier información adicional que pueda ayudar a la OCR al revisar su queja

Luego deberá firmar electrónicamente la queja y completar el formulario de consentimiento. Después de completar el formulario de consentimiento, podrá imprimir una copia de su reclamo para guardarlo en sus registros

Para presentar una queja de derechos civiles por escrito

Puede presentar una queja por escrito usando el Formulario de Queja por Discriminación de Derechos Civiles.

Descargue y complete el Paquete de Formulario de Queja por Discriminación de Derechos Civiles a través del siguiente enlace: (https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/civilrights/complaints/discrimhowtofile.pdf). Necesitará el software Adobe Reader para completar los formularios de queja y consentimiento. Usted puede:

- Imprimir y enviar por correo postal los formularios de queja y consentimiento completos a:

  Centralized Case Management Operations
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, S.W.
  Room 509F HHH Bldg.
  Washington, D.C. 20201

- Envíe por correo electrónico los formularios de queja y consentimiento completados a OCRComplaint@hhs.gov (Tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico no cifrado representa un riesgo de que la información de identificación personal contenida en dicho correo electrónico pueda ser interceptada por terceros no autorizados)

Para Presentar una Queja <u>sin</u> el Paquete de Formularios de Queja por Discriminación de Derechos Civiles

Si lo prefiere, puede presentar una queja por escrito en su propio formato ya sea por:

- Enviarlo por correo postal a:

  Centralized Case Management Operations
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue, S.W.
  Room 509F HHH Bldg.
  Washington, D.C. 20201

- Por correo electrónico al OCRComplaint@hhs.gov

Asegúrese de incluir lo siguiente:

- Su nombre

- Dirección completa
- Números de teléfono (incluyendo el código de área)
- Dirección de correo electrónico (si corresponde)
- Nombre, dirección completa y número de teléfono de la persona, agencia u organización que usted cree que lo discriminó
- Una breve descripción de lo sucedido, que incluye cómo, por qué y cuándo cree que se violaron sus derechos civiles (o los de otra persona)
- Cualquier otra información relevante
- Su firma y fecha de la queja
- El nombre de la persona en cuyo nombre usted está presentando una queja si usted está presentando una queja para otra persona

También puede incluir:

- Cualquier información especial para que nos comuniquemos con usted en relación a esta queja
- Información de contacto de alguien que puede ayudarnos a comunicarnos con usted si no podemos comunicarnos directamente con usted
- Si usted ha presentado su queja en otro lugar y dónde la ha presentado

Si envía una queja por correo postal, asegúrese de enviarla a:

Centralized Case Management Operations
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201

No es necesario que firme los formularios de queja y consentimiento cuando los envíe por correo electrónico, ya que el envío por correo electrónico representa su firma.

Sección 12.3 Audiencia Imparcial Estatal

Cómo solicitar una audiencia imparcial de Medicaid Idaho con el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho

Si su apelación es denegada siguiendo el proceso de apelaciones definido anteriormente en este capítulo, puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal:

- Puede solicitar una Audiencia Imparcial Estatal ***solo*** después de que su apelación sea denegada por Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP);
- Debe solicitar una audiencia estatal imparcial dentro de los 120 días de haber perdido la apelación con Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP);
- Recibirá un formulario "Solicitud de audiencia" junto con nuestro "Aviso de denegación de cobertura médica". Si necesita otra copia del formulario, puede solicitarlo llamando al Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) Departamento de Servicios para Miembros del plan al (855) 315-5663, TTY/TDD: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Tenga en cuenta que si ya solicitó una audiencia imparcial sobre este tema, no puede solicitar otra audiencia imparcial.

- Puede solicitar que los servicios continúen mientras espera su Audiencia Imparcial Estatal;
- Si pierde su apelación de Audiencia Imparcial Estatal, es posible que tenga que pagar los servicios que recibió mientras esperaba la Audiencia Imparcial Estatal.

¿Qué sucede luego?

El Departamento de Salud y Bienestar de Idaho programará una audiencia. Recibirá un "Aviso de audiencia" por escrito que le indicará la fecha y la hora. La mayoría de las audiencias se realizan por teléfono, pero puede solicitar una audiencia en persona. Durante la audiencia, se le pedirá que informe a un Juez de derecho administrativo por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Puede pedirle a un amigo, pariente, defensor, proveedor o abogado que lo ayude. Recibirá un escrito que le explicará si tiene derechos de apelación adicionales.

Si el plazo estándar para la revisión pondría en peligro su vida o su salud, es posible que pueda calificar para una audiencia imparcial acelerada (rápida). Su solicitud debe ser por escrito e indicar claramente que está solicitando una audiencia imparcial rápida. Su solicitud puede enviarse por correo postal o por fax a IDHW tal como se indica en el formulario "Solicitud de audiencia". Si califica para una audiencia Imparcial acelerada, el IDHW debe darle una respuesta dentro de las 72 horas. Sin embargo, el IDHW necesita reunir más información que lo pueda beneficiar a usted, podrá extender el plazo hasta por 14 días naturales adicionales.

Si desea que alguien más tome acción en su nombre

Si desea que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este cuadernillo) y solicite el formulario "Nombramiento del representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.

Sección 12.4 Reglas que rigen los procedimientos de casos impugnados y las resoluciones declaratorias

Puede acceder a las Reglas que rigen los procedimientos de casos impugnados y las resoluciones declaratorias, ya sea en línea o desde una oficina de IDHW. Para acceder a ellos en línea, visite el siguiente sitio web: https://adminrules.idaho.gov/ rules/current/16/0503.pdf

CAPÍTULO 10:

Finalización de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción sobre cómo terminar su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (porque usted lo decide) o **involuntaria** (sin que usted lo decida):

- Puede abandonar nuestro plan porque así lo *desea*. En las Secciones 2 y 3, se proporciona información sobre cómo finalizar su membresía de manera voluntaria.
- También existen situaciones limitadas en las que usted no decide dejar el plan, pero nosotros debemos cancelar su membresía. La Sección 5 le informa las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos recetados, y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante ciertos periodos del año. Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Periodos especiales de inscripción:

- De enero a marzo.
- De abril a junio.
- De julio a septiembre.

Si se unió a nuestro plan durante uno de estos periodos, deberá esperar el próximo periodo para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No puede utilizar este Periodo especial de inscripción para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden realizar cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre durante el Periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Periodo de inscripción anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
  - 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 se desafilia de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y queda sin cobertura de medicamentos recetados "válida" por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

  Comuníquese con su Oficina Estatal de Medicaid para conocer las opciones de su plan de Medicaid (los números de teléfono se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6, de este documento).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en el nuevo plan también comenzará este día.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual

Usted puede finalizar su membresía durante el Periodo de Inscripción Anual (también conocido como el "Periodo Anual de Inscripciones Abiertas"). Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o haga cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

  O

  - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1.º de enero.

  Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare para pagar por sus 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 haya desistido de la inscripción automática.

  Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Periodo de Suscripciones Abiertas a Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage,** usted puede hacer lo siguiente:
  - 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 Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en ese momento.

- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía en un Periodo de Inscripción especial

En determinadas situaciones, usted podría ser elegible para finalizar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como un **Período especial de inscripción**.

Usted puede ser elegible para finalizar 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 Wisconsin 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.
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10 puede obtener más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Nota: En la Sección 2.1, se le informa más acerca del período especial de inscripción para personas con Medicaid.

- **Los períodos de inscripción varían** según su situación.
- **Para conocer 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 lo siguiente:
- 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

O

- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare para pagar por sus 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 haya desistido de la inscripción automática.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2, se le informa más acerca del período especial de inscripción para personas con Medicaid y Ayuda Adicional (Extra Help).

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros.**
- Obtenga información en el manual ***Medicare y Usted 2023***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

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. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. La cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. • Su inscripción en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado. ◦ Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita 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/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
◦ Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	• Su suscripción a Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) será discontinuada cuando entre en vigencia su cobertura de Medicare Original.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y continúa sin una cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con BadgerCare Plus y Wisconsin Medicaid, del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin al (800) 362-3002, TTY: (888) 701-1251, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., hora local. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo miembro de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red para que le surtan sus recetas médicas.**
- **Si lo hospitalizan el día que finaliza su membresía, su hospitalización será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta** (aún si recibe el alta después de que entre en vigor su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía a nuestro plan en ciertos casos

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) debe cancelar su membresía al plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.

- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se determinó en el Capítulo 1, Sección 2.1, nuestro plan está destinado a personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Cuando Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) determina que usted ya no reúne los requisitos de elegibilidad, recibirá una carta de notificación donde se le indique el motivo de la posible cancelación de inscripción. Tendrá 6 meses. a partir de la fecha de la carta para responder a la reconsideración de su elegibilidad para la membresía en el plan.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un 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 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 su caso.
- Si debe pagar una suma adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna consulta o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan debido a algún motivo relacionado con la salud

Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las regulaciones creadas conforme a 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 sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están 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, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, antecedentes de quejas, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) de Department of Health and Human Services en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si 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 Código de reglamentaciones federales (CFR), Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP), en calidad de organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario de acuerdo con las reglamentaciones del CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección suplantan a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de términos importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o por el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Periodo de beneficios: la forma en la que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un 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. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la empresa farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Etapa de cobertura catastrófica: la etapa del Beneficio de medicamentos 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.

Coseguro: un monto que es posible que se le exija que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible correspondiente.

Queja: el nombre formal para "hacer una queja" es "presentar un reclamo". El procedimiento para quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y la atención al cliente que usted recibe. También 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 un 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 cinco (5) categorías de costo compartido. En general, cuanto más alta es la categoría de costo compartido, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión del plan para cubrir un medicamento recetado y la suma, si corresponde, que 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.

Tasa de costo compartido diario: una "tasa de costo compartido diario" puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro de un mes completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costo compartido diario es el copago dividido entre la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí, un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, su "tasa de costo compartido diario" es de $1 por día.

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.

Individuo con doble elegibilidad: una persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está en período de gestación, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de Emergencia: servicios cubiertos que son (1) proporcionados por un proveedor capacitado 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 "genérico" posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta por nuestro plan, proveedores o farmacias, incluso una queja por la calidad de 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 brinda tratamiento especial para un miembro cuya enfermedad terminal se certificó medicamente, 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".

Máximo de gastos de su bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las sumas que paga por las primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y medicamentos recetados no cuentan para el cálculo de la suma máxima de su bolsillo. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, no es responsable de pagar los gastos de su bolsillo por el monto máximo de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo de su bolsillo).

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención médica tienen cobertura si califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médica aceptada: consiste en el consumo de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos o avalado por determinados libros de referencia.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

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**.

Plan de costos de Medicare: el plan de costos de Medicare es un plan operado por la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o Competitive Medical Plan (CMP) conforme a un contrato de reembolso de costos, según la sección 1876(h) de la Ley.

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 o 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).

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 el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también son llamados "proveedores del plan".

Determinación de 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 bolsillo: vea la definición anterior de "costo compartido". El requisito de costo compartido debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de "gastos de su bolsillo" del miembro.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios de atención médica, atención social y cuidados prolongados (long-term care, LTC), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte "Plan de Medicare Advantage (MA)".

Parte D: el Programa de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare voluntario.

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 de la cobertura de la 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. Si pierde la Ayuda Adicional (Extra Help), puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos recetados.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. La suma de costo compartido correspondiente a los miembros en general será más alta cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales

combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o medicamentos recetados.

Proveedor de Cuidados Primarios (Primary Care Provider, PCP): el doctor u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de cuidados primarios antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización Previa: la aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Dispositivos Protésicos y Ortóticos: los dispositivos médicos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales, y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y tratamiento de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): un grupo de médicos y otros expertos en salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

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.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos con discapacidades, ceguera, o mayores de 65. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios Requeridos Urgentemente: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles, usted no puede acceder a ellos de forma provisional o el

afiliado está fuera del área de servicios. 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 Complete Care (HMO D-SNP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAME AL	(855) 315-5663 Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local (el 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 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	(310) 507-6186
ESCRÍBANOS	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
SITIO WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (SHIP de Wisconsin) es un programa estatal con fondos del gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	(800) 242-1060 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m., hora local
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRÍBANOS	State of Wisconsin - Board on Aging & Long Term Care 1402 Pankratz Street, Suite 111 Madison, Wisconsin 53701
SITIO WEB	www.dhs.wisconsin.gov

Declaración de divulgación con respecto a la PRA. *Según la ley de Reducción de Papeles (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, nadie está obligado a contestar una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de*

información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a CMS, 7500 Security Boulevard; Attn: PRA Reports Clearance Officer; Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland, 21244-1850.