Evidencia De Cobertura

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

ESSENCE ADVANTAGE GOLD (HMO)

ESSENCE HEALTHCARE™

Asistencia del condado de Santa Clara de California

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Essence Advantage Gold (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos con receta de Medicare vigente desde el 1 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 Servicio de atención al cliente al 1-855-996-8422 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-996-8422 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben marcar 711). Las horas de trabajo son de 8 a.m. a 8 p.m, los siete días de la semana. Puede ponerse en contacto con el servicio de mensajería los fines de semana y festivos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Por favor, deje un mensaje y su llamada será devuelta el siguiente día hábil.

Este plan, Essence Advantage Gold, lo ofrece Essence Healthcare of California, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Essence Healthcare of California, Inc. Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Essence Advantage Gold).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro podrían modificarse el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliaros afectados sobre los cambios con una antelación mínima de 30 días.

Este documento le explica sus beneficios y derechos. Use este documento para comprender sobre:

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

Servicios de interpretación en varios idiomas

Inglés: Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a un intérprete, llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711). Alguien que hable inglés y su idioma puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-996-8422 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-996-8422 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-996-8422 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-996-8422 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-996-8422 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-996-8422 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-996-8422 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-996-8422 (TTY:711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-996-8422 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-996-8422 (711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी पश्नर् का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-996-8422 (TTY 711). पर कॉल करें। अंगरेजी/भाषा बोलने वाला कोई व्यिक्त आपकी मदद कर सकता है। यह एक निश्शुल्क सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-996-8422 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-996-8422 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-996-8422 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-996-8422 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-996-8422 (TTY:711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

Evidencia de cobertura de 2023

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Material importante que recibirá sobre la membresía 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Essence Advantage Gold 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan 15
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 18

SECCIÓN 1 Contactos de Essence Advantage Gold (cómo comunicarse con nosotros, incluido con el Servicio de atención al cliente) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 23
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 25
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad 26
SECCIÓN 5 Seguro Social 27
SECCIÓN 6 Medicaid 28
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 29
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario 31
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 31

CAPÍTULO 3: *Cómo usar el plan para sus servicios médicos* 32

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 33
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 35
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención médica o durante un desastre 38
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios? 41
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 41

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica” ... 43

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero ... 44

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)* ... 47

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos ... 48

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar ... 50

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ... 92

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* ... 98

SECCIÓN 1 Introducción ... 99

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 99

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan ... 104

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 106

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ... 107

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ... 110

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 113

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta ... 114

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 115

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos ... 117

CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* ... 120

SECCIÓN 1 Introducción ... 121

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre en el momento de obtener el medicamento ... 124

SECCIÓN 3 Le enviamos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 124

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para Essence Advantage Gold ... 126

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ... 126

SECCIÓN 6 Los costos en la etapa del período sin cobertura ... 131

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos 132

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene..... 133

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* 135

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos..... 136

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió..... 138

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 139

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades*..... 140

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 141

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan..... 147

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 149

SECCIÓN 1 Introducción 150

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 150

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? 151

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones..... 152

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 155

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 163

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto ... 173

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto..... 181

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y los niveles siguientes 187

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes 190

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan*..... 194

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan..... 195

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 195

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?..... 198

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 199

SECCIÓN 5 Essence Advantage Gold debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones..... 199

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 201

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes..... 202

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación..... 202

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 202

CAPÍTULO 12: *Definiciones de palabras importantes*..... 203

Delta Dental: PROGRAMA A 214

Delta Dental - ANEXO B 226

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Está inscrito en Essence Advantage Gold, que es una HMO de Medicare.

Medicare le da cobertura y Usted ha elegido recibirla la para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Essence Advantage Gold.

Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores de este plan son diferentes de los de Original Medicare.

Essence Advantage Gold es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué se trata el documento Evidencia de cobertura?

Este documento llamado *Evidencia de cobertura* le dice cómo obtener atención médica y medicamentos con receta. Le explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto, qué paga usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención médica, a los servicios médicos y a los medicamentos con receta que tiene disponible como miembro de Essence Advantage Gold.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que le dedique un poco de tiempo a leer esta *Evidencia de cobertura.*

Si esto le confunde o preocupa, o si tan solo tiene preguntas, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de cobertura

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Essence Advantage Gold cubre su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Essence Advantage Gold desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Essence Advantage Gold después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Essence Advantage Gold cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare todos los años como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciéndolo, y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:

- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare
- -- *y* -- que viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.2 más abajo se describe nuestra área de servicio); Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicios aunque se encuentren físicamente allí.
- -- *y* -- que sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para Essence Advantage Gold

Essence Advantage Gold se encuentra disponible solamente para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de cobertura de servicios incluye los siguientes condados de California: Condado de Santa Clara.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

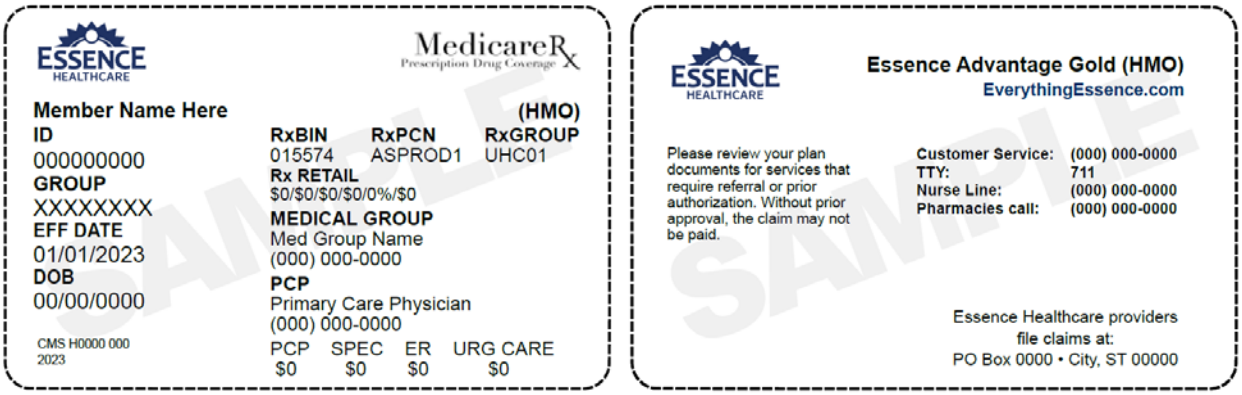
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Essence Advantage Gold si usted no es elegible para seguir siendo miembro según este requisito. Essence Advantage Gold debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Material importante que recibirá sobre la membresía

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde.
A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de Essence Advantage Gold, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios o de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Servicio de atención al cliente para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores/farmacias

En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará los proveedores de nuestra red y proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención médica y otros servicios. Además, podría estar limitado a los proveedores dentro de la red de su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) o de la red del grupo médico. Significa que el PCP o el grupo médico que usted elija puede determinar los especialistas y hospitales que use. Si acude a otro sin la autorización adecuada, tendrá que pagar la totalidad del costo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Essence Advantage Gold autorice el uso de proveedores fuera de la red.

El *Directorio de proveedores/farmacias* indica cuáles son las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de proveedores/farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no sean de la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de proveedores/farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de atención al cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web www.EverythingEssence.com o descargarla de este sitio web. Tanto el Servicio de atención al cliente como el sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Essence Advantage Gold. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Essence Advantage Gold.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.EverythingEssence.com) o llamar al Servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Essence Advantage Gold

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- La prima del plan (Sección 4.1)
- La prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- La prima del beneficio complementario opcional (Sección 4.3)
- Una multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Un monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2 se brinda más información acerca de este programa. Si reúne los requisitos, la inscripción en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura*** podría **no aplicarse en su caso**. Le hemos enviado un anexo por separado, llamado "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta"), también llamada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider", (cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este anexo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y pida la "Cláusula adicional LIS".

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare son diferentes para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su ejemplar del folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023), en la sección llamada "Costos de Medicare para 2023". Si necesita un ejemplar, puede descargarlo del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2023, la prima mensual de Essence Advantage Gold es de $30.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También podría incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima del beneficio complementario opcional

Si usted se inscribió para acceder a beneficios adicionales, también llamados “beneficios suplementarios opcionales”, usted paga una prima adicional por mes para gozar de estos beneficios adicionales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 para obtener detalles.

Para 2023, la prima mensual de los beneficios complementarios opcionales es de $20.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros tienen la obligación de pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar para la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento luego de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene cobertura de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. “Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando usted se inscribe por primera vez en Essence Advantage Gold, le informamos el monto de la multa.

Usted **no tendrá** que pagarla si:

- recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta;
- pasó menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable;
- tiene cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un exempleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** El aviso debe indicar que tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- Si usted pasó 63 días o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de que fue elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que usted no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, el monto promedio de esta prima es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14 % de $32.74, lo que equivale a $4.58. Esto redondeado es $4.60. Esta suma se agregará a **la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año,** ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque cambie de plan.
- Tercero, si tiene <u>menos</u> de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D solo tendrá como base los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para el ingreso por edad en Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar su revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se obtiene utilizando sus ingresos brutos modificados ajustados, según los informó en su declaración de impuestos ante el Servicio de Impuestos Internos (IRS) hace 2 años. Si este monto es mayor de cierto monto, usted pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar en función de sus ingresos, visite el sitio web https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de administración de personal, independientemente de cómo paga siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen cuatro maneras de pagar la prima del plan y las multas por inscripción tardía. Cuando completa el formulario de solicitud de inscripción, se le pide que tome una decisión. Si no toma una decisión, recibirá una factura mensual para pagar con cheque.

Opción 1: pagar con cheque

Si elige pagar con cheque, recibirá una factura mensual. Los cheques deben hacerse a nombre de Essence Healthcare y enviarse por correo a:

Essence Healthcare
P.O. Box 88770
Milwaukee, WI 53288-8770

Los pagos mensuales se deben recibir a más tardar el primer día del mes que cubren. Los cheques deben emitirse a nombre de Essence Healthcare y no de los CMS ni los HHS.

Opción 2: Puede debitar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board)

Puede debitar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB). Ingrese al Portal para miembros para iniciar esta solicitud o comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

* Puede tardar un máximo de 90 días para recibir la aceptación de la suspensión de la SSA o la RRB. La SSA o la RRB comenzarán la deducción a partir de la fecha de aceptación. Recibirá una factura por cualquier mes previo a la fecha de aceptación de la suspensión por parte de la SSA o la RRB, que deberá pagar usted. En circunstancias limitadas, tal vez Medicare no autorice la opción de deducción de la SSA o la RRB y podría indicar que el plan facture directamente al miembro. Si esto ocurre, se le notificará por escrito.

Opción 3: Transferencia electrónica de fondos (EFT)

Si elige que se obtengan los fondos directamente de su cuenta corriente, esto se conoce como transferencia electrónica de fondos (EFT). Las primas se deducen de su cuenta bancaria el segundo día de cada mes para la cobertura del mes en curso.

Nota: Cualquier saldo previo adeudado se deducirá con los primeros meses de la EFT. Por ejemplo, la prima mensual adeudada para el mes de mayo, incluida la multa por inscripción tardía, se deducirá el 2 de mayo. Si el segundo día es un día no laborable, la prima se deducirá al siguiente día laborable. Si la EFT rechaza dos meses consecutivos, la opción de pago se cambiará a pago directo y usted comenzará a recibir las facturas. Su solicitud se procesará en un plazo de 60 días hábiles luego de haber recibido el cheque cancelado devuelto.

Opción 4: pago en línea

Tarjeta de crédito tarjeta de débito o cheque en línea: las instrucciones de pago a través de un sitio web seguro se encuentran en www.EverythingEssence.com y se incluirán con su factura mensual.

Cómo cambiar el modo en que paga la prima. Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar de método de pago, acceda a su Portal del miembro para iniciar esta solicitud usted mismo o comuníquese con el Servicio de atención al cliente. Con gusto lo ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima del plan se deberá pagar en nuestra oficina hasta el primer día del mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con los costos.

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

No. No estamos autorizados a cambiar el monto que cobramos en concepto de prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año. Si un miembro es elegible para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. El miembro que pierda su elegibilidad durante el año, deberá comenzar a pagar su prima mensual completa. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria/grupo médico/IPA.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de gastos compartidos.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de convalecencia.
- Si recibe atención médica en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de contarle al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, infórmenos llamando al Servicio de atención al cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame al Servicio de atención al cliente. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan médico de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan médico grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan médico grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan médico grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una enfermedad renal terminal (ESRD), su plan médico grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios de pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Essence Advantage Gold (cómo comunicarse con nosotros, incluido con el Servicio de atención al cliente)

Cómo puede ponerse en contacto con el Servicio de atención al cliente del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Servicio de atención al cliente de Essence Advantage Gold. Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-833-407-0025
ESCRIBA A	Essence Healthcare PO Box 5904 Troy, MI 48007
SITIO WEB	www.EverythingEssence.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-833-407-0025 decisiones de cobertura 1-833-955-2442 apelaciones
ESCRIBA A	Essence Healthcare PO Box 5904 Troy, MI 48007
SITIO WEB	www.EverythingEssence.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención médica. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos])*.

Método	Información de contacto para presentar reclamos sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-855-964-0566
ESCRIBA A	Essence Healthcare PO Box 5904 Troy, MI 48007
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Essence Advantage Gold directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

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

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]).*

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-833-407-0025
ESCRIBA A	Essence Healthcare PO Box 5904 Troy, MI 48007
SITIO WEB	www.EverythingEssence.com

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal que supervisa a Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados “CMS”). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
SITIO WEB	www.medicare.gov Este es la página web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** proporciona información del estado de elegibilidad de Medicare • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un valor *estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare cualquier reclamo que tenga acerca de Essence Advantage Gold: • **Informe a Medicare sobre su reclamo:** Puede presentar un reclamo sobre Essence Advantage Gold directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Lo ayudarán a buscar la información en el sitio web y revisarla con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el Programa SHIP se llama "HICAP" que significa "Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud" (Health Insurance Counseling & Advocacy Program).

El HICAP es un programa estatal independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarle a entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre atención médica o tratamientos, y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Talk to Someone**" (Hablar con alguien) que aparece en la mitad de la página de inicio.
- Ahora tiene las siguientes opciones.
  - Opción 1: puede tener una **charla en directo con un representante del 1-800-MEDICARE**.
  - Opción 2: Puede seleccionar su "**ESTADO**" en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto para el Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (SHIP de California)
LLAME AL	1-800-434-0222
ESCRIBA A	**Escriba a (Alameda) a** 333 Hegenberger Rd. Suite 850, Oakland, CA 94621 **Escriba a (San Mateo) a** 1710 S. Amphlett Blvd. Suite 100, San Mateo, CA 94402 **Escriba a (Santa Clara) a** 3100 De La Cruz Blvd. Suite 310 Santa Clara, CA 95054
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad

En cada estado hay una Organización para la Mejora de la Calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. En California, la organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención médica que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de California)
LLAME AL	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	https://livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen insuficiencia renal en etapa terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es 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 conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con Medi-Cal.

Método	Información de contacto de Medi-Cal (programa Medicaid de California)
LLAME AL	1-916-449-5000
TTY	1-888-889-4500 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	Medi-Cal Managed Care PO Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413 Dirección física: 1501 Capitol Ave. Sacramento, CA 95814
SITIO WEB	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Contacts.aspx o https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) brinda información sobre cómo disminuir sus costos de medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que pueden ayudarlos, que se describen abajo.

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los gastos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para recibir "Ayuda adicional", Medicare le enviará una carta por correo. Usted no tiene que presentar una solicitud. Si no califica automáticamente, puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

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

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando un monto incorrecto correspondiente al costo compartido, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto o entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Si desea recibir asistencia para obtener la mejor evidencia posible o si necesita información para proporcionar la evidencia a Essence Healthcare, llame al Departamento de Servicio de atención al cliente al 1-855-996-8422.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente si tiene preguntas.

Essence Advantage ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por las insulinas selectas serán de entre $15 y $35 por un suministro de un mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura. Nota: Este gasto compartido solo se aplica a los beneficiarios que no reúnen los requisitos para un programa que ayuda a pagar los medicamentos ("Ayuda adicional"). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, verifique la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica. Para identificar las insulinas selectas, busque la indicación "SI" en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están impresos en la portada posterior de este documento). Tenga en cuenta que no pagará más de $35 por un suministro para un mes de un producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, la fase de cobertura de medicamentos con receta en la que esté usted, su condición con respecto a la Ayuda adicional o si el producto de insulina de la Parte D se considera una insulina seleccionada en el Formulario de medicamentos con receta del plan. Consulte el Capítulo 6 para obtener más información.

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de importancia vital contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta a través de la Oficina del SIDA de California (California Office of AIDS): https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAmain.aspx.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del ADAP de su localidad, para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la Oficina del SIDA de California al 1-844-421-7050.

California Department of Public Health
Office of Aids MS 7700 P.O. Box 997426
Sacramento, CA 95899-7426
Teléfono: 1-844-421-7050
Sitio web: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/oaadap.aspx

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si pulsa “0”, podrá hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los días lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., los días miércoles. Si pulsa “1”, podrá acceder a la línea de ayuda automática de RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Servicio de atención al cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente). También puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare con este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*).

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención médica que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta que cubre el plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos de medicamentos con receta se detallan en el Capítulo 5.

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

Como plan de salud de Medicare, Essence Advantage Gold debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, Essence Advantage Gold cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención médica que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros, el equipo o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de práctica médica aceptados.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros especializados de enfermería o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le denomina hacer una "recomendación". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las recomendaciones de su PCP no son necesarias para la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención médica que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *A continuación se describen tres excepciones:*
  - El plan cubre los servicios de atención médica de emergencia o de atención médica primaria urgente que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de atención primaria urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita atención médica que Medicare exige a nuestro plan que cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan brindar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Usted es responsable de obtener una aprobación con anticipación (una recomendación o autorización previa) de su PCP, su grupo médico o del plan de salud cuando corresponda, antes de procurar obtener atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan, o cuando el proveedor que le presta este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. Los costos compartidos que usted paga al plan por diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Original Medicare. Si usted está fuera del área de servicio del plan y obtiene diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden superar los costos compartidos que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que normalmente le brinda servicios de diálisis no está disponible temporalmente y usted opta por obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, los costos compartidos de la diálisis pueden ser mayores.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

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

¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan que será el proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP es un médico o, en algunos estados, un enfermero especializado, que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. 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 recibe 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 “derivación” a un especialista). Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención médica y lo ayudará a arreglar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted tiene por ser miembro de nuestro plan. Incluye lo siguiente:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- tratamientos;
- atención de médicos especialistas;
- admisiones en hospitales;
- atención de seguimiento.

La “coordinación” de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y de cómo le está yendo. Si usted necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación escrita previa de su PCP (como darle una derivación médica para consultar con un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de parte de nosotros. Dado que su PCP será quien proporcionará y coordinará su atención médica, usted deberá verificar que se hayan enviado todas sus historias clínicas anteriores al consultorio de su PCP.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se inscriba, se le pedirá que seleccione un PCP. Su elección se indica en el formulario de inscripción. Si desea usar un especialista u hospital en particular, asegúrese primero de que el PCP haga derivaciones a ese especialista u hospital. El nombre y el número telefónico del consultorio del PCP están impresos en su tarjeta de identificación de miembro. Para obtener el listado más actualizado de médicos participantes, visite el sitio web www.EverythingEssence.com.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Si desea usar un especialista u hospital en particular, asegúrese primero de que el PCP haga derivaciones a ese especialista u hospital.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Los cambios de PCP entran en vigencia el primer día del siguiente mes. Las solicitudes de cambios retroactivos no suelen aprobarse. Cuando llame, asegúrese de informar al representante del Servicio de atención al cliente si se está atendiendo con especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que debieron ser aprobados por su PCP (como servicios de atención médica domiciliaria, tratamiento como paciente ambulatorio y consultas a especialistas). El representante del Servicio de atención al cliente cambiará el registro de miembro para que muestre el nombre de su nuevo PCP. Asimismo, recibirá una tarjeta de miembro actualizada con el nombre y número telefónico de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una recomendación de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, la cual incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exploraciones pélvicas, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio de atención al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio). En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente.
- Consultas de salud conductual de un proveedor de la red.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Es muy importante obtener una derivación escrita (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a determinados proveedores (hay algunas excepciones, consulte la Sección 2.2 para obtener más información). Si no tiene una aprobación por adelantado antes de recibir determinados servicios, es posible que usted tenga que pagar por estos servicios.

Para algunos tipos de servicios, es posible que su PCP, especialista u otro proveedor de la red deba obtener la aprobación por adelantado de su grupo médico o del plan de salud cuando corresponda (esto suele denominarse obtener “autorización previa”). Para obtener más información acerca de qué servicios exigen autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Si desea consultar con especialistas específicos, averigüe si el PCP deriva pacientes a dichos especialistas. Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan que utiliza en sus derivaciones. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar los especialistas que visitará.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con ciertos derechos y protecciones que se resumen abajo:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.

- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir dicho servicio por un costo compartido dentro de la red. Algunos servicios podrían requerir autorización previa de su grupo médico o plan de salud cuando corresponda. Consulte a su PCP antes de procurar obtener atención de un proveedor fuera de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO), un reclamo por calidad de atención ante el plan o ambos. Consulte el Capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención médica de proveedores fuera de la red

Los miembros pueden obtener servicios de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no son suficientes para satisfacer las necesidades de atención médica de un miembro. Su médico de cabecera solicitará en su nombre la autorización previa para los servicios fuera de la red a su grupo médico o al plan de salud cuando corresponda.

Es muy importante obtener la aprobación antes de programar o de recibir servicios fuera de la red (salvo la atención de emergencia y urgencia y los servicios de diálisis que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporaria según se explica en la Sección 3 a continuación). Si no obtiene la aprobación por adelantado, tendrá que pagar estos servicios. Para obtener información sobre la cobertura de atención de emergencia y urgencia fuera de la red, consulte la Sección 3 a continuación.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención médica o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **“emergencia médica”** es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o una recomendación del PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor que cuente con una autorización adecuada del estado, aunque no forme parte de nuestra red. Además, usted puede obtener cobertura de atención médica de emergencia en todo el mundo cada vez que la necesite. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención médica de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención médica de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número de nuestro Servicio de atención al cliente está en la parte posterior de la tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención médica de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que estos se comuniquen con nosotros y hagan planes para atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si recibe atención médica de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención médica de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención médica que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* era una emergencia, cubriremos la atención médica adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención médica adicional.
- *O bien,* la atención médica adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted respeta las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios médicos

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Un servicio de urgencia es una situación que no es una emergencia y que requiere atención médica de inmediato, pero, tomando en cuenta sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia que se presten fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se presenta durante el fin de semana o ii) una exacerbación imprevista de una afección conocida mientras se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

El *Directorio de proveedores/farmacias* incluye una lista de los centros de atención de urgencia de la red en su área. También puede llamar al consultorio de su PCP. Aunque el consultorio esté cerrado, siempre habrá un médico de guardia que pueda ayudarlo. El número de teléfono del PCP está en la tarjeta de identificación de miembro.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y de urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos. Nuestro plan no cubre otros servicios si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

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 EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención médica a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.EverythingEssence.com para obtener información sobre cómo obtener la atención médica que necesita durante un desastre.

Si usted no puede acudir a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red por el costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que sus costos compartidos del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 *(Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos)* para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Essence Advantage Gold cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite en los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que se paguen una vez alcanzado el límite del beneficio no se tendrán en cuenta para el máximo de gastos de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios que participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están llevando a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si usted nos dice que está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red de los servicios de este ensayo. Si usted pagó más (por ejemplo, si usted ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare), le reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscripto en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo diga ni que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?

Cuando se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención médica.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, usted debe presentar documentación que muestre cuánto pagó de costos compartidos. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original , pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 que requiere Original Medicare. En ese caso, usted notificaría al plan de que ha recibido un servicio en un ensayo clínico calificado y presentaría al plan documentación como la factura de un proveedor. Luego, el plan le pagaría $10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de $10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar documentación al plan, como la factura de un proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará ninguna de las siguientes opciones:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.

¿Desea obtener 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 and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (Esta 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) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención médica en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médicos "no exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención médica que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención médica debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención médica.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención médica para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - *y* debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.
- La cobertura de atención en el hospital para pacientes hospitalizados de Medicare es ilimitada, como se describe en el Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Essence Advantage Gold, normalmente no adquirirá la titularidad de los equipos médicos duraderos alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si hizo hasta pagos 12 consecutivos por el artículo de equipo médico duradero en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos a usted la titularidad del DME. Llame a Servicio de atención al cliente para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original ?

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados durante su inscripción en el plan no se toman en cuenta.

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no se toman en cuenta.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y, luego, se inscribió en nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la titularidad en ese tiempo. Luego, volvió a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir la titularidad del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se toman en cuenta.

Sección 7.2 Normas de cobertura de equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si usted califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Essence Advantage Gold cubrirá:

- alquiler de equipos de oxígeno;
- suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- tubos y accesorios relacionados con el oxígeno para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno;
- mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si abandona Essence Advantage Gold o ya no requiere el equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno se debe devolver.

¿Qué sucede si deja nuestro 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. Durante los 24 meses restantes, el proveedor le proporciona el equipo y mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago del oxígeno). Luego de cinco años, usted puede elegir seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, aunque usted siga con la misma compañía, por lo que deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

En este capítulo encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Essence Advantage Gold. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que podría tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de gastos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El **"coseguro"** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para participar en Medicaid o en el programa de beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deben pagar deducibles, copagos ni coseguro. Asegúrese de mostrar su prueba de Medicaid o elegibilidad para QMB a su proveedor, si corresponde.

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

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en cuanto al monto total de dinero que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el "monto máximo que paga de su bolsillo" (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, este monto es de $5,500.

Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo. Estos servicios están marcados con un símbolo † en la Tabla de beneficios médicos. Si usted alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de $5,500, no deberá pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de Parte B de Medicare (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 le “facturen saldos”

Como miembro de Essence Advantage Gold, un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto del gasto compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden cobrar cargos adicionales por separado, lo que se denomina “facturación del saldo”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces no debe pagar más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como, por ejemplo, cuando obtiene una remisión o cuando se trata de emergencias o servicios de urgencia).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como, por ejemplo, cuando obtiene una remisión o cuando se trata de emergencias o servicios de urgencia).
- Si usted piensa que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame al Servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 2 Utilice la Tabla de beneficios médicos para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que Essence Advantage Gold cubre y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D está en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe su atención médica de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención médica que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta. El Capítulo 3 brinda más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina hacer una “recomendación”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen grupo médico o plan de salud solicitud de aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”) por su grupo médico o del plan de salud cuando corresponda. Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco (*).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos.* (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2022). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura de algún servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asociado médico, enfermero especializado o enfermero clínico especializado.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare tienen cobertura hasta de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias. A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • es inespecífico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no está relacionado con cirugías; • tampoco está relacionado con el embarazo. Aquellos pacientes que demuestren una mejoría tendrán cobertura de ocho sesiones adicionales. Se pueden administrar 20 tratamientos de acupuntura como máximo por año. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o no presenta remisión. Requisitos de los proveedores: Los médicos, según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o enfermeros clínicos especializados (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP o CNS según nuestra normativa en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	$35 de copago por cada consulta de acupuntura cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia* • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención médica si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. ***Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.**	$210 de copago por beneficios para traslado en ambulancia cubiertos por Medicare. Este copago se aplica a cada viaje de ida.
Examen físico anual El examen físico anual de rutina es exhaustivo. La cobertura de este beneficio se suma a la consulta preventiva anual cubierta por Medicare y la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Se podrían aplicar costos compartidos adicionales a cualquier análisis de laboratorio o de diagnóstico realizado durante la consulta. Se limita a un examen físico por año.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Consulta preventiva anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. **Nota:** Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medición de masa ósea Para las personas que califican (generalmente, significa personas que corren riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, que incluye la interpretación de los resultados por parte de un médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una derivación del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$20 de copago por día por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP.
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede proponer el uso de aspirina (si corresponde), medir la presión arterial y brindarle consejos para que usted coma sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer vaginal y de cuello de útero o se encuentra en edad de procrear o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solo la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación.	$20 de copago por cada consulta cubierta por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) Examen de detección colorrectal basado en el ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.
Servicios dentales* En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos: Los servicios dentales cubiertos por Medicare que brinde un especialista médico que tenga contrato con el plan. Consulte la Sección 2.2 para saber cuáles son los servicios dentales cubiertos conforme a nuestro beneficio suplementario opcional. ***Se podría requerir autorización previa.**	$35 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones y tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas 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). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos* Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott. • Se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas de marcas que no sean Abbott cuando se obtienen en una farmacia de su área. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. ***Se requiere autorización previa para algunos elementos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas a medida para diabéticos, bombas de insulina, monitores continuos de glucosa y sus suministros relacionados, como sensores, transmisores, receptores y lectores).**	0 % de coseguro para suministros de control de la diabetes cubiertos por Medicare 0 % de coseguro para calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para personas con diabetes cubiertos por Medicare $ 0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*	
(En el Capítulo 12 y en el Capítulo 3, Sección 7 de este documento, encontrará una definición de “equipos médicos duraderos”). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La última lista de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. ***Se podría requerir autorización previa.**	Coseguro del 20 % por el equipo médico duradero cubierto por Medicare. El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20 % por mes. Después de 36 meses de pagar alquiler, su costo compartido pasa a ser un coseguro del 20 % de la tarifa de mantenimiento mensual. Si sigue en el plan después de hacer pagos durante 5 años, puede seguir el mantenimiento con su equipo actual o solicitar un equipo nuevo, lo que hará que comience un nuevo período de alquiler de 36 meses. Si antes de inscribirse en Essence Advantage Gold usted ya había pagado el alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses, el costo compartido en Essence Advantage Gold es un coseguro del 20 % de la tarifa de mantenimiento mensual.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención médica de emergencia hace referencia a los servicios que: • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente. Los gastos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	$110 de copago por consultas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si lo ingresan en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga $0 por consulta en la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que usted debe pagar es el monto de costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar La biblioteca Stanford Health Library está a su disposición cuando necesite respuestas a sus preguntas sobre salud y desee obtener más información. Nuestros bibliotecarios especialistas en medicina tienen los conocimientos necesarios para abordar preguntas, simples o complejas, con recursos que no encontrará en Internet. Llame a Stanford Health Library al 1-800-295-5177 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.	Copago de $0 para Stanford Recurso de la Biblioteca de Salud.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención médica para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por examen de audición cubierto por Medicare. Se requiere una derivación para los exámenes de audición cubiertos por Medicare.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitar que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben ser, en total, menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	$0 de copago por las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar*	
La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (p. ej., antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (p. ej., una bomba) y los suministros (p. ej., tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Capacitación e instrucción para el paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	$0 de copago por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare. 20% de coseguro por los medicamentos, suministros y equipos de la Parte B cubiertos por Medicare que se utilicen para la terapia de infusión. Se requiere una derivación de su PCP.
***Se podría requerir autorización previa.**	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en el área de servicios del plan, incluidos aquellos que de los que la organización de MA sea propietaria, controle o en los que tenga un interés económico. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si usted elige permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras usted forme parte del programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original por los servicios que este paga. Le facturarán el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de dichos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como, por ejemplo, si existiera el requisito de obtener autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de costos compartidos del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, deberá pagar el gasto compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original).	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original y no Essence Advantage Gold.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en un hospicio (continuación) Para los servicios que están cubiertos por Essence Advantage Gold pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare: Essence Advantage Gold seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted debe pagar el monto del gasto compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal por la que recibe servicios de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal por la que recibe servicios de hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Una vacuna antigripal por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fuera necesario por motivos médicos • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica hospitalaria para pacientes internados*	
Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital 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, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas/riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran en un lugar alejado de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Essence Advantage Gold brinda servicios de trasplante fuera del área de servicio de su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Servicios médicos	$275 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por hospitalización: del día 8 en adelante. El beneficio se aplica a cada internación. Si usted recibe atención autorizada durante una hospitalización en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en hospital como paciente hospitalizado (continuación)* **Nota:** para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. ***Se requiere autorización previa.**	
Servicios hospitalarios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico* Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente internado. ***Se requiere autorización previa.**	$270 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 6. $0 de copago por día, por hospitalización: del día 7 en adelante. El beneficio se aplica a cada internación. Si usted recibe atención de pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que usted debería pagar en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta	
Si ha agotado los beneficios para pacientes internados o si la estadía del paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía del paciente internado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla	Cuando su hospitalización ya no esté cubierta, estos servicios se cubrirán tal como se describe en las siguientes secciones de esta Tabla de beneficios médicos: • Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico • Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios ambulatorios de rehabilitación

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Beneficio de comidas El beneficio cubre las siguientes comidas cuando las solicita un médico o un profesional no médico: • Hasta 56 comidas (2 por día durante un máximo de 28 días) después de una cirugía o una hospitalización. Este beneficio puede utilizarse una vez por año calendario. • Hasta 28 comidas (2 por día durante un máximo de 14 días) como parte de un programa supervisado y diseñado para que los miembros que tengan una afección crónica (como trastornos cardiovasculares, EPOC o diabetes, entre otras) puedan incorporar gradualmente modificaciones en su estilo de vida. Este beneficio puede utilizarse una vez por año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de comidas.
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón), pero no con tratamiento de diálisis, o para después de un trasplante de riñón cuando recibe una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su pedido cada año si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es un programa estructurado de capacitación práctica, diseñado para implementar cambios en los hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar la actividad física y brindar herramientas para superar las dificultades que conlleva adelgazar de manera ininterrumpida y llevar un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*	
La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por motivos médicos, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, epoetina alfa, Aranesp® o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. ***Algunos medicamentos de la Parte B pueden requerir autorización previa.**	Coseguro del 20 % por medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare. Coseguro del 20 % por otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Línea de asesoramiento de enfermería La línea de asesoramiento de enfermería es un servicio disponible para los miembros de Essence Healthcare las 24 horas del día, todos los días. Llamar es gratis y fácil, y recibirá atención de inmediato. Un enfermero certificado le preguntará sobre su problema de salud y puede ayudarlo a decidir lo siguiente: • si debe ver a un médico, • si es seguro esperar o necesita atención de inmediato, • qué hacer si sus síntomas empeoran, y • qué puede hacer en casa para sentirse mejor. En caso de emergencias que pongan en peligro la vida o las extremidades, siempre llame al 911 o al servicio de emergencias de su localidad. No es necesario que llame a la línea de asesoramiento de enfermería antes de recibir atención médica. Llame a la línea de asesoramiento de enfermería al 1-844-546-8773 (54-nurse). Los usuarios de TTY deben llamar al 711, las 24 horas, todos los días.	$0 de copago por usar el beneficio de la línea de asesoramiento de enfermería.
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso ininterrumpida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de orientación psicológica intensiva para ayudarlo a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios a fin de tratar el OUD a través de un programa de tratamiento para el uso de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para tratamiento con asistencia de medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingreso • Evaluaciones periódicas	$30 de copago, por visita, por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios*	

Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:
• Radiografías
• Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros de los técnicos
• Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones
• Análisis de laboratorio
• Sangre: se incluye almacenamiento y administración.
• Otros servicios de radiología de diagnóstico, como, por ejemplo:
  o Tomografías computarizadas (TC)
  o Resonancias magnéticas (RM)
  o Tomografías por emisión de positrones (TEP)
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, como, por ejemplo:
  o Estudios de venas y arterias
  o Electrocardiograma (ECG)
  o Electroencefalograma (EEG)
  o Electromiografía
  o Ecografía Doppler
  o Estudio de conducción nerviosa
  o Pruebas neuropsicológicas
  o Prueba de la función pulmonar
  o Ecografía
  o Estudio del sueño
  o Prueba de esfuerzo
	$45 de copago por radiografías cubiertas por Medicare.
	
	20% de coseguro por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.
	
	$10 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
	
	$0 de copago por mamografías de diagnóstico.
	
	$210 de copago por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).
	
	$0 de copago por colonoscopias de diagnóstico.
	
	$45 de copago por otros procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.

***Se podría requerir autorización previa.**	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si es necesario una internación o si se puede dar el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados a pedido de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted paciente hospitalizado o paciente ambulatorio?” Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	$250 dólares de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	
Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Servicios y pruebas de detección preventivos enumerados en esta tabla Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. ***Se podría requerir autorización previa.**	$250 de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios*	
Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Estos servicios incluyen la estimulación magnética transcraneal (EMT) realizada en el consultorio del proveedor y las visitas para la modificación de los medicamentos. ***Se podría requerir autorización previa.**	$30 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. $20 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	
Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	$30 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. $30 de copago por cada visita de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP. Nota: Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Tratamiento ambulatorio individual por abuso de sustancias • Tratamiento ambulatorio grupal por abuso de sustancias ***Se podría requerir autorización previa.**	$30 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. $20 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios*	
Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. ***Se podría requerir autorización previa.**	$250 de copago por cada cirugía cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. $250 de copago por cirugías cubiertas por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.
Servicios de hospitalización parcial*	
La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Estos servicios incluyen programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP, por sus siglas en inglés). ***Se requiere autorización previa.**	$30 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico*	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud para: afecciones de salud general, como síntomas de resfriado y gripe, bronquitis, alergias, conjuntivitis e infecciones urinarias o Las consultas de telesalud son una alternativa asequible para recibir atención médica que no sea de emergencia. Al utilizar los servicios de telesalud, los miembros reciben atención de calidad y evitan incurrir en gastos médicos innecesarios. Puede acceder a estos servicios con la aplicación de Teladoc® en un teléfono inteligente iPhone o Android, desde la página web www.teladoc.com o llamando a la línea gratuita 1-800-Teladoc. • Los miembros también pueden tener acceso a consultas virtuales/de telesalud con proveedores de la red selectos, como PCP y especialistas. Se aplica un copago de consulta para estas consultas. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedades renales en etapa terminal para miembros que reciben diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital pequeño, un centro de diálisis renal o la casa del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno mental concurrente, independientemente de su ubicación	$5 de copago por cada visita a un proveedor de la red cubierta por Medicare. $35 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Es necesaria una derivación de su PCP para cada visita a un especialista cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por inyecciones de medicamentos de las Parte B o equipo médico duradero y prótesis/órtesis si son suministrados por el médico, además del copago de la visita al consultorio. $10 de copago por cada consulta de telesalud a un proveedor de atención primaria a través de Teladoc. Entre $5 y $35 de copago por consultas virtuales/de telesalud. Se aplican los mismos copagos, requisitos de autorización previa y requisitos de recomendación para las consultas virtuales/de telesalud que para las consultas en persona.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: o realizó una consulta en persona en los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud; o realiza una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden realizar excepciones a estas reglas en determinadas circunstancias. **Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas en el consultorio del médico (continuación)*** • Servicios de telesalud para consultas de salud mental provistos por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o charla por video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si** ocurre lo siguiente: o usted no es paciente nuevo; **y** o la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** o el chequeo no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la cita más temprana disponible. • Evaluación del video o de las imágenes que usted le envía al médico, interpretación y seguimiento de parte del médico dentro de las 24 horas **si ocurre lo siguiente**: o usted no es paciente nuevo; **y** o la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** o la evaluación no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la cita más temprana disponible. • consultas que su médico realice con otros médicos por teléfono o en línea o consultas a su historia clínica electrónica • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) ***Se podría requerir autorización previa.**	

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$35 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba anual del PSA.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas (consulte “Atención médica de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información). ***Se podría requerir autorización previa.**	20% de coseguro por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por otros suministros médicos relacionados.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	$20 de copago por día por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de consumo inadecuado de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención médica primaria calificado en un establecimiento de atención médica primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son aquellos que** tienen entre 50 y 77 años y no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero han fumado un paquete diario desde hace 20 años como mínimo y son fumadores en la actualidad o han dejado de fumar en los últimos 15 años, reciben una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y cumplen con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón, a fin de realizar pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención médica primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención médica primaria y se realizan en un establecimiento de atención médica primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando tienen una derivación del médico, cubrimos hasta seis sesiones informativas sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis como paciente ambulatorio (incluidos los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención médica especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	$0 de copago por los servicios informativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)*	
(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”). El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. El ingreso a un nuevo centro SNF o a otro SNF dentro del mismo período de beneficios podría ser el comienzo de una nueva estadía a los efectos de la administración del copago. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte del plan de atención médica (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención médica en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, tal vez pueda pagar el gasto compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un asilo de ancianos o una comunidad de atención médica continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital ***Se requiere autorización previa.**	$0 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 20. $150 de copago por día, por hospitalización: del día 21 al 100.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)	
Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos las consultas de asesoramiento para dos intentos de abandono del tabaco en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el gasto compartido correspondiente. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Además de los beneficios mencionados, cubrimos 8 visitas adicionales de asesoramiento para dejar de fumar.	$0 de copago por hasta 8 sesiones grupales adicionales de asesoramiento para dejar de fumar.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y una recomendación por la PAD por parte del médico responsable de su tratamiento. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos de la SET. La SET debe tener las siguientes características: • Debe consistir en sesiones de 30-60 minutos, que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para el tratamiento de la AP en pacientes con claudicación. • Debe realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Debe ser proporcionada por personal auxiliar calificado, para garantizar que los beneficios excedan los daños, y capacitado en terapia de ejercicios para el tratamiento de la AP. • Debe realizarse con la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un enfermero especializado/enfermero clínico especializado capacitados en técnicas avanzadas de apoyo vital. Se pueden cubrir 36 sesiones adicionales de SET durante un período de tiempo mayor, además de las 36 sesiones por 12 semanas, si un proveedor de atención médica lo considera necesario por motivos médicos.	$20 de copago por día por los servicios de SET cubiertos por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP.
Traslado regular 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan cada año, proporcionados por el proveedor de transporte de la red. El proveedor de transporte seleccionará el medio de transporte adecuado. Las opciones incluyen automóvil, furgoneta o vehículo con accesibilidad para silla de ruedas. Llame a ALC al 855-377-3111 para obtener más información. **Nota:** Debe solicitar el servicio de transporte con al menos setenta y dos (72) horas de anticipación llamando al 855-377-3111.	No se requiere copago para los viajes de ida a ubicaciones de salud aprobadas por el plan.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata, pero, teniendo en cuenta sus circunstancias, no es posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red. Entre los ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red se incluyen i) que usted necesite atención de inmediato durante el fin de semana o ii) que esté temporalmente fuera del área de servicios del plan. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas. Si, teniendo en cuenta sus circunstancias, no es razonable obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia que preste un proveedor fuera de la red. Brindamos cobertura internacional.	Copago de $35 por visitas de atención médica de urgencia cubiertas por Medicare. Copago de $110 por visitas de atención médica de emergencia o urgencia a nivel mundial fuera de los EE. UU.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de la vista	
Los servicios cubiertos por Medicare incluyen:	**Cubierto por Medicare**
• Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. Essence Advantage Gold no cubre exámenes oculares de rutina, refracción ocular, anteojos o lentes de contacto. La refracción ocular es un estudio que implica mirar a través de un dispositivo para leer letras con distinta intensidad.	$5 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare realizados por un PCP. $35 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare realizados por un especialista.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más	
• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año	
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular convencional. (Si usted se ha sometido a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía).	$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas.
Se ofrecen beneficios adicionales como parte de nuestro beneficio complementario opcional. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.	Se requiere una recomendación de su PCP para los exámenes oculares cubiertos por Medicare, incluidos los exámenes oculares de personas con diabetes.

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo en el plazo de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "complementarios opcionales" adicionales que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan "**beneficios complementarios opcionales**". Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse para obtenerlos y es posible que deba pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Essence Advantage Gold (HMO) ofrece servicios dentales y de la vista como beneficio opcional a nuestros miembros por una prima mensual de $20 al mes. Nos referimos a la prima de los beneficios complementarios opcionales como la "prima OSB".

Para añadir los beneficios complementarios opcionales a su Essence Advantage Gold, debe inscribirse voluntariamente en los beneficios complementarios opcionales. Si elige inscribirse en los beneficios complementarios opcionales, su prima OSB mensual se sumará a cualquier prima de Medicare o del plan y a cualquier multa por inscripción tardía que pueda aplicarse.

Períodos de inscripción:

- Puede inscribirse para recibir los beneficios complementarios opcionales durante el período de inscripción anual (Annual Enrollment Period, AEP) de Medicare, del 15 de octubre al 7 de diciembre; durante el período de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) de Medicare Advantage, del 1 de enero al 31 de marzo; o hasta 60 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción en Essence Advantage Gold.
- Las solicitudes presentadas durante el período de inscripción anual de Medicare entrarán en vigor el 1 de enero. Las solicitudes presentadas 60 días antes o después de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción tendrán la fecha de entrada en vigencia del primer día del mes posterior a la recepción del formulario de inscripción en los OSB del plan, pero no anterior a su fecha de entrada en vigencia con Essence Advantage Gold.

Cómo solicitar la inscripción:

- Para inscribirse en los beneficios complementarios opcionales, llame al 1-855-996-8422 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para inscribirse por teléfono o para pedir una solicitud de inscripción impresa. También puede descargar una solicitud de inscripción impresa en www.EverythingEssence.com.
- El pago de las primas OSB mensuales se añadirá a su factura mensual, y deberá pagarlas de la misma manera en que paga la prima del plan.

Anulación de la inscripción y reinscripción:

- Si no paga la prima OSB mensual por los beneficios complementarios opcionales durante un período de 3 meses, perderá dichos beneficios, pero permanecerá inscrito en Essence Advantage Gold.
- Puede cancelar su inscripción en el beneficio complementario opcional en cualquier momento. La cancelación de la inscripción en el beneficio complementario opcional no implica la cancelación de su inscripción en Essence Advantage Gold.
- La cancelación de su inscripción en Essence Advantage Gold implica la cancelación de su inscripción en los beneficios complementarios opcionales. La inscripción en los beneficios complementarios opcionales depende de que continúe inscripto en Essence Advantage Gold.
- Si cancela su inscripción en el beneficio complementario opcional, o si la cancelamos nosotros por falta de pago de las primas OSB mensuales, no será elegible para volver a inscribirse en el beneficio complementario opcional hasta el próximo período de selección válido de dichos beneficios.
- Tiene derecho a un reembolso por cualquier sobrepago de las primas OSB determinado en el transcurso del año o en el momento de la anulación de la inscripción. Los reembolsos adeudados se emitirán en un plazo de 60 días. Podemos aplicar su sobrepago de las primas OSB, si lo hubiera, a las primas mensuales de su plan.

Otra información importante:

- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro servicio de atención al cliente llamando al número gratuito 1-855-996-8422 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., todos los días. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
- Debe recibir atención con cobertura de parte de proveedores dentro de la red, salvo en caso de requerir atención de emergencia o urgencia. Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red, deberá pagar todos los costos relacionados con dichos servicios.
- También puede hablar directamente con un representante de VSP llamando al 1-800-877-7195.
- También puede hablar directamente con un representante de Delta Dental llamando al 1-844-519-8753.

Beneficios complementarios opcionales (dentales [DHMO] y de la vista): Delta Dental y VSP	**Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios**
Prima mensual	$20 por servicios dentales y atención de la vista de rutina combinados†
Servicios dentales* Cubrimos los siguientes servicios dentales cuando los proporciona un proveedor dental contratado por Delta Dental:	
• **Servicios preventivos y de diagnóstico:** exámenes bucales iniciales/de rutina, limpieza dental, tratamiento con flúor, sellador, radiografías como parte de un examen general, asesoramiento nutricional e instrucciones para la higiene bucal. (Consulte las secciones *Servicios preventivos* y *Servicios de diagnóstico* del Anexo A para conocer la lista completa de los servicios cubiertos en esta categoría).	• $0 de copago (salvo para la visita al consultorio posquirúrgica de reevaluación, $5 de copago†)
• **Servicios generales:** empastes, anestesia general, consulta y tratamiento paliativo de dolor dental. (Consulte la sección *Servicios generales adicionales* del Anexo A para conocer la lista completa de los servicios cubiertos en esta categoría).	• $0 - $125 de copago †
• **Servicios integrales:** coronas, puentes fijos y extraíbles, dentaduras postizas completas y parciales, cirugía oral, periodoncia y endodoncia. (Consulte la sección *Tratamientos reconstituyentes, endodoncia, periodoncia, prostodoncia [extraíble], prostodoncia [fija] y cirugía maxilofacial* del Anexo A para conocer la lista completa de los servicios cubiertos en esta categoría).	• $5 - $445 de copago †
Consulte **Essence Advantage Gold Delta Dental, Anexo A** en la contraportada portada de esta *EOC* para obtener más información sobre la cobertura de beneficios dentales. **† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.**	
Servicios de atención de la vista de rutina Cubrimos los siguientes servicios de atención de la vista de rutina cuando los proporciona un proveedor de servicios de la vista contratado por VSP: **Examen WellVision:** se enfoca en la salud ocular general	$25 de copago cada año calendario por un examen WellVision. †

Beneficios complementarios opcionales (dentales [DHMO] y de la vista): Delta Dental y VSP	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de atención de la vista de rutina (continuación)	
Elementos para la vista • **Montura** (se incluye en los anteojos con receta médica) • **Lentes** (se incluyen en los anteojos con receta médica): monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria • **Lentes de contacto** (en lugar de anteojos)	$25 de copago por anteojos, lentes para anteojos, monturas y lentes de contacto cada dos años calendario. † $150 de asignación para gastar en elementos para la vista cada dos años calendario. †
Mejoras del lente	$55 de copago por lentes progresivos estándar cada dos años calendario. † $95 - $105 de copago por lentes progresivos premium cada dos años calendario. † $150 - $175 de copago por lentes progresivos personalizados cada dos años calendario. †
Examen de ajuste de lentes de contacto	$60 de copago máximo cada dos años calendario. †
Examen de la retina	$39 de copago para el examen de la retina como mejora del examen WellVision. †
† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.	Visite www.vsp.com/specialoffers para obtener más información sobre las ofertas especiales disponibles. †

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están “excluidos” de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo en las situaciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si se presenta una apelación por el servicio y se considera, mediante la apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación por una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura		Disponible en determinadas circunstancias para personas con dolor crónico en la parte baja de la espalda.
Artículos no definidos como equipo médico duradero, incluidos, entre otros, botellas de agua caliente, dispositivos para alcanzar o agarrar objetos, pelucas, equipo de ejercicio, dispositivos de alerta o alarma, dispositivos para el baño, la bañera o el inodoro, mesa de cama o accesorios, hidromasaje o bañera, sillas o asientos de ducha y equipo de sujeción y seguridad	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
Atención dental		Los servicios dentales se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina	✓ Toda la demás atención quiropráctica de rutina, incluidas modalidades y radiografías, salvo que se describan específicamente en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Baterías o cargadores de baterías para respiradores de propiedad del paciente o adaptadores de corriente, cargadores y baterías utilizados como fuentes de energía alternativas para cualquier equipo que funciona con corriente alterna	✓	
Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies.		El calzado que forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en su costo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad de pie diabético.
Cirugía o procedimientos cosméticos		• Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cualquier tipo de pañal o ropa interior de incontinencia, almohadilla interior, ya sea desechable o no, artículos de cuidado personal, incluido pero no limitado a: Papel higiénico, pasta de dientes, toallitas para bebés.		Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos (productos de venta libre) para obtener más información.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	
Cuidado de rutina de los pies		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Dispositivos de asistencia para la audición	✓	
Dispositivos o sistemas para la erección o la anticoncepción	✓	
Dispositivos personales de emergencia, incluidos, entre otros, los siguientes: Life Alert, MobileHelp, Lively Mobile	✓	
Entrega de comidas a domicilio		Las entrega de comida a domicilio está cubierta solo como se describe en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1 (consulte Beneficio de comidas).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente		Los servicios de la vista se describen en la Sección 2.1 del Capítulo 4.
Exenciones de copagos y gastos compartidos	✓	
Fitbits, relojes Apple, teléfono móvil o teléfono inteligente	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Lentes para cirugía de cataratas	✓ Lentes de alta calidad	Medicare cubre lentes estándar. (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos [atención de la vista] para obtener más información).
Los cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Membresías en gimnasios		(Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos (Programas educativos sobre salud y bienestar) para obtener más información).
Modificaciones físicas en su residencia, incluidas, entre otras, las siguientes: detectores de humo, rampas de acceso, salvaescaleras, instalación de elementos cubiertos	✓	
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Programas comerciales de pérdida de peso, que incluyen, entre otros, a: Nutrisystem y Weight Watchers	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Servicios prestados por los proveedores que figuran en la lista de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (Office of Foreign Asset Control, OFAC)	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios que se prestan en la fecha de rechazo o restablecimiento de la reclamación sobre la lista de exclusión de los CMS de un proveedor, o entre estas fechas	✓	
Servicios que se prestan en las fechas de entrada en vigor y de finalización de la exclusión voluntaria de la lista de no participación de Medicare de un proveedor, o entre estas fechas		Una organización de MA debe pagar por los servicios de emergencia o urgencia prestados por un médico o profesional que no haya firmado un contrato privado con el beneficiario.
Servicios que se prestan en las fechas de entrada en vigor y de finalización de la Oficina del Inspector General (Office of the Inspector General, OIG)/Sistema para la Administración de Donaciones (System for Award Management, SAM) de un proveedor, o entre estas fechas		La OIG tiene una excepción limitada que permite el pago de los servicios de emergencia prestados por proveedores excluidos en determinadas circunstancias.
Tensiómetros		Cubierto si se recibe diálisis renal a domicilio

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para consultar los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) debe hacerle una receta que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en la Lista de exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia dentro de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre en qué casos cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuran en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias dentro de la red

¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia dentro de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores/farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.EverythingEssence.com) o llamar al Servicio de atención al cliente.

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda del Servicio de atención al cliente o usar el *Directorio de proveedores/farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) Generalmente, un centro de LTC (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (**Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para localizar una farmacia especializada, busque en su Directorio de proveedores/farmacias o llame al Servicio de atención al cliente.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para 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" en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que usted pida **un suministro por 90 días** para los medicamentos de los niveles 1 a 4. Nuestro plan le exige que pida un suministro de al menos 90 días y de hasta 100 días, para los medicamentos de nivel 6.

Para obtener información sobre cómo surtir medicamentos con receta por correo, llame al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior).

Por lo general, el pedido de la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si su pedido se demora, póngase en contacto con el Servicio de atención al Cliente (los números de teléfono están en la portada posterior), o marcando 711 para los servicios de TTY. Haremos los arreglos necesarios para que pueda buscar sus medicamentos con receta en la farmacia de la red más conveniente para usted.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado;
- se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al Centro de atención de Birdi, Inc. al 1-855-873-8739 (TTY: 711).

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedidos por correo Birdi, Inc. al 1-855-873-8739 o mande un correo electrónico a Birdi, Inc. al CustomerService@BirdiRX.com. **Nota: Esta dirección de correo electrónico no comenzará a funcionar hasta el 9 de diciembre de 2022. Para obtener información sobre pedidos por correo en 2022, consulte su EOC de 2022.**

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para que indique si quiere que le envíen, retrasen o cancelen la receta nueva.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al Centro de atención de Birdi, Inc. al 1-855-873-8739 o mediante un correo electrónico a Birdi, Inc. a CustomerService@BirdiRX.com. **Nota: Esta dirección de correo electrónico no comenzará a funcionar hasta el 9 de diciembre de 2022. Para obtener información sobre pedidos por correo en 2022, consulte su EOC de 2022.**

Resurtidos de recetas para pedido por correo Por resurtidos, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agoten su receta actual, para asegurarse de que el siguiente pedido se envíe a tiempo.

Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su gasto compartido puede ser menor. El plan ofrece dos maneras de obtener suministros a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en nuestra lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores/farmacias* se detallan las farmacias de la red que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan?

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero al Servicio de atención al cliente** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca de usted. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto a tiempo dentro de nuestra área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red a una distancia razonable en automóvil o no hay farmacias de la red que presten servicios las 24 horas, todos los días.
- Si está tratando de adquirir un medicamento con receta que no se encuentra disponible habitualmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia con servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos especiales y los de costo alto).
- Si necesita que le surtan una receta relacionada con la atención de una emergencia o una urgencia.
- Si debe evacuar su casa o es desplazado de alguna otra manera debido a un desastre a nivel nacional u otra emergencia de salud pública.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte que normalmente le corresponde pagar) en el momento en que surte la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos", para abreviar.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare.

Los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos son solo aquellos que tienen cobertura de la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *ya sea que:*

- la FDA haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado;
- -- *o* -- haya sido respaldada por cierto material de referencia, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca que es propiedad del fabricante de medicamentos. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando se menciona el término "medicamentos", este puede hacer referencia a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o producto biológico, y suelen costar menos. Hay disponibles sustitutos genéricos o alternativas biosimilares de muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

¿Qué *no* se incluye en la Lista de medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, usted podría obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2 Hay seis “niveles de gastos compartidos” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
  *Hay insulinas seleccionadas en este nivel
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
  *Hay insulinas seleccionadas en este nivel
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)
- Nivel 6: medicamentos de atención seleccionada

Para saber en qué nivel de gastos compartidos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*) se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de gastos compartidos.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.EverythingEssence.com). La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Servicio de atención al cliente para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

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, dosis o forma que indique su proveedor de atención médica, y se podrían aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno por día o dos por día; comprimido o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberían hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**." Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero por lo general igual de eficaces antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"terapia progresiva"**.

Límites de cantidad

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad de un medicamento que puede obtener cada vez que surte la receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de gastos compartidos que le significa un costo mayor al que usted piensa que le corresponde, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, tiene estas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo de consultar a su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que haya estado tomando **debe ya no figurar en la Lista de medicamentos** O BIEN **ahora tener algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan**.**
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- El total del suministro será por un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que haga varios resurtidos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es además del suministro temporal antes mencionado.

- **Los miembros que cambian de nivel de atención (entorno) estarán autorizados a recibir hasta un suministro de transición de 31 días por única vez por medicamento. Por ejemplo, los miembros que estén en estas situaciones:**
  - Ingresan en centros de atención a largo plazo (LTC) desde hospitales, a veces junto con una lista de medicamentos del formulario del hospital y se tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (a menudo, menos de 8 horas).
  - Reciben el alta del hospital y van a su casa.
  - Finalizan su estadía de la Parte A de Medicare en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan regresar a su formulario del plan de la Parte D.
  - Finalizan una estadía en un centro de atención a largo plazo y vuelven a la comunidad.

  Si un miembro cambia más de una vez de nivel de atención en un mes, el personal de la farmacia tendrá que llamar a Essence Healthcare para solicitar una extensión de la póliza de transición.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame al Servicio de atención al cliente.

Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor sobre si hay otro medicamento cubierto por el plan que funcione igual para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente 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 funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y que cubra el medicamento de la manera que le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifiquen solicitarnos una excepción, el proveedor puede ayudarle a hacerlo. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Sección 5.3 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera demasiado elevado?

Si un medicamento está en un nivel de gastos compartidos que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo que funcione igual para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente 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 funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de gasto compartido para que pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de manera rápida y justa.

Los medicamentos de los niveles 1, 5 y 6 no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de gasto compartido de los medicamentos en estas categorías.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo**.
- **Agregar o quitar una restricción de cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea según un cronograma regular. A continuación, indicamos los momentos en los que usted recibiría una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o bien, cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas posibilidades)**
    - Podríamos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituiremos con una versión genérica del mismo medicamento recién aprobada. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podremos decidir conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregarle nuevas restricciones, o bien implementar ambas medidas.
    - Podemos no avisarle antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando dicho medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca al mismo tiempo que realizamos el cambio, le brindaremos información sobre los cambios específicos. Esto incluye información sobre los pasos a seguir para realizar una solicitud de excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de que realicemos el cambio.
    - O usted o el prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos riesgosos y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se han quitado del mercado**
    - A veces, un medicamento se puede considerar inseguro o se lo puede retirar del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos retirar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
    - Su médico prescriptor también estará enterado de este cambio y podrá ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.

- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos implementar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma una vez que haya comenzado el año. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado en reemplazo de un medicamento de marca de la Lista de medicamentos o modificar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o bien implementar ambas medidas. También podríamos realizar cambios en función de las advertencias resaltadas de las Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Debemos avisarle sobre estos cambios con al menos 30 días de antelación, o avisarle sobre el cambio y ofrecerle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de que reciba la notificación sobre el cambio, debe trabajar con la persona autorizada a darle recetas para cambiar a otro medicamento que cubramos o que cumpla las nuevas restricciones que haya en el medicamento que esté tomando.
  - Usted o la persona autorizada a darle recetas pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar determinados cambios en la Lista de medicamentos que no se describen arriba. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si usted está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan, si usted sigue en el mismo plan.

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

- Que traslademos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Que implementemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Que quitemos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (salvo que se deba a un retiro del mercado, a un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de marca o a otro cambio señalado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso, o lo que usted paga como su parte del costo, hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional a su uso del medicamento.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Tendrá que revisar la Lista de medicamentos del siguiente año del plan (cuando esté disponible la lista durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que esté tomando que le afecten durante el siguiente año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe medicamentos que estén excluidos, deberá pagarlos usted mismo (salvo determinados medicamentos excluidos cubiertos en virtud nuestra cobertura de medicamentos mejorada). Si usted presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, pagaremos por él o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- La cobertura del “uso para una indicación no autorizada” está permitida solo cuando el uso está respaldado por determinadas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, para lo cual se le puede cobrar una prima adicional. A continuación se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para fomentar la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para fomentar el crecimiento del cabello
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre (cobertura para medicamentos mejorada). Nuestro plan cubre cantidades limitadas de determinados medicamentos genéricos orales para el tratamiento de la disfunción eréctil (ED), la tos (benzonatato) y vitaminas (cianocobalamina [vitamina B-12] 1000 mcg/ml, ergocalciferol [vitamina D2] 1250 mcg en cápsula y ácido fólico 1 mg en comprimidos). Estos medicamentos están cubiertos en el Nivel 2. Revise la Lista de medicamentos para saber si tiene algún tipo de restricción. El monto que paga cuando obtiene un medicamento con receta para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento se describe la Etapa de cobertura catastrófica).

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional"** para pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que no se cubren generalmente. Sin embargo, si recibe cobertura para pagar medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de miembro

Para surtir su receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro, a la farmacia dentro de la red que usted elija. La farmacia dentro de la red facturará automáticamente al plan la parte *que nos corresponde* del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene su información de miembro?

Si usted no tiene su información de miembro del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su internación?

Si ingresa en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada para una internación que cubre el plan, generalmente, cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la internación. Una vez que salga del hospital o centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura que figuran en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente en un centro de atención a largo plazo, podrá obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que este use, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores/farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o el que este use forma parte de nuestra red. Si no es así o si necesita más información o ayuda, comuníquese con el Servicio de atención al cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si usted es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

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

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge) comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura grupal como empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la "cobertura acreditable":

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura de medicamentos con receta para el año calendario siguiente es "acreditable".

Si la cobertura del plan del grupo es "**acreditable**," quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Conserve este aviso sobre cobertura acreditable porque podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador o al administrador de beneficios del plan de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no está cubierto por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a darle recetas o por el hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para prevenir demoras en la obtención de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor de hospicio o a la persona autorizada a dar recetas que le notifique antes de surtir la receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos, como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas de medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de gestión de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a asegurar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que frecuentemente se abusa. Este programa se denomina Programa de Manejo de Medicamentos (DMP). Si usted toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y necesario por motivos médicos. Si decidimos junto con sus médicos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener dichos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones podrían ser:

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de una o varias farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiacepinas con receta de uno o varios médicos determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubrimos para usted.

Si tenemos planeado limitar el modo en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta de antemano. En la carta se le explicarán las limitaciones que pensamos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier otra información que piense que es importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmarle la limitación. Si usted piensa que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y la persona autorizada a darle recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si aun así denegamos cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente sin ninguna vinculación con el plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un tipo de cáncer activo o anemia falciforme, si recibe atención de hospicio, cuidados paliativos o atención del final de la vida, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y cuyos costos de medicamentos son altos o que están dentro de un DMP para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad los medicamentos opioides, pueden recibir los servicios mediante un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Usted recibirá un resumen por escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Además, recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, las dosis, los momentos en que debe tomarlos y el motivo por el que los toma. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o siempre que hable con médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con el Servicio de atención al cliente.

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **algunas partes de la información contenida en esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D pueden no aplicarse a su caso.** Le hemos enviado un anexo por separado, llamado "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta"), también llamada "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider", (cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS) que describe la cobertura de sus medicamentos. Si no posee este anexo, comuníquese con el Servicio de atención al cliente y pida la "Cláusula adicional LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros, por ley, se excluyen de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber cuáles medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, en las Secciones 1 a 4, explica estas normas.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que tal vez tenga que pagar por los medicamentos cubiertos

Hay diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo por medicamentos de la Parte. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "gasto compartido", y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

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

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué se tiene en cuenta y qué *no* se tiene en cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los gastos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de cobertura inicial
  - Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los gastos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también están incluidos* si los realizan en su nombre **otras personas u organizaciones determinadas.** Esto incluye pagos por sus medicamentos efectuados por un amigo o familiar, por la mayoría de las instituciones de caridad, por programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de asistencia médica indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en los gastos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Los pagos que haga por medicamentos con receta no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realiza el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentra en la Etapa del período sin la cobertura.
- Pagos por sus medicamentos que realizan los planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los Asuntos de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando al Servicio de atención al cliente.

¿Cómo se puede llevar un registro total de los gastos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de EOB de la Parte que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $7,400, este informe le dirá que ha pasado de la etapa del período sin cobertura a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre en el momento de obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Essence Advantage Gold?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” en su cobertura de medicamentos con receta de Essence Advantage Gold. El monto que usted pague dependerá de la etapa en la que esté cuando surta o resurta una receta. Los detalles de cada etapa están en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Etapa 2: Etapa del período sin cobertura

Etapa 3: Etapa de cobertura catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo “**que paga de su bolsillo**”.
- Llevamos un registro de los “**costos totales de sus medicamentos**”. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si surtió una o más recetas a través del plan durante el mes anterior le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D*(“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. En él se detalla el costo total de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Muestra el monto total de los costos de medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento y la información sobre aumentos de precio desde el primer surtido de cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Disponibilidad de otros medicamentos con receta más económicos.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con menos costos compartidos de cada reclamo de receta.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta un medicamento con receta.** Esto nos ayudará a asegurarnos de que sepamos qué medicamentos con receta está surtiendo y cuánto está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, usted paga el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo, denos copias de sus recibos. Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando paga un copago por los medicamentos proporcionados conforme a un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que le corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan efectuado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de asistencia médica indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se calculan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando recibe la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Servicio de atención al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para Essence Advantage Gold

No hay deducible para Essence Advantage Gold. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura durante la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el copago o el coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan tiene seis niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos en la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferida

- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)
- Nivel 6: medicamentos de atención seleccionada

Para saber en qué nivel de gastos compartidos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista dentro de la red.
- Una farmacia que no está dentro de la red del plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubrimos una receta que se surte en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y el surtido de medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 de este documento y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *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 tabla que figura en la página siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel del costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio menor del medicamento en lugar del copago.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Durante la etapa de cobertura inicial, no pagará más de $35 por un suministro para un mes de un producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, su condición con respecto a la Ayuda adicional o si el producto de insulina de la Parte D se considera una insulina seleccionada en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Gastos compartidos minorista estándar (dentro de la red) (Hasta un suministro de 30 días)	**Gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (Hasta un suministro de 31 días)	**Gastos compartidos fuera de la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles). (Hasta un suministro de 30 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	$5.00 de copago	$5.00 de copago	$5.00 de copago
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	$15.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $15 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura	$15.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $15 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura	$15.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $15 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura
Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida)	$47.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $35 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura	$47.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $35 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura	$47.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $35 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura
Nivel 4 de gastos compartidos (Marca no preferida)	$100.00 de copago	$100.00 de copago	$100.00 de copago
Nivel 5 de gastos compartidos (Especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6 de gastos compartidos (Atención selecta)	$0.00 de copago	$0.00 de copago	$0.00 de copago

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor la fecha de resurtido de diferentes recetas.

Si usted recibe un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro del mes completo.

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

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "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 recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

- A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio menor del medicamento en lugar del copago.

Su parte del costo cuando recibe un suministro a *largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Gastos compartidos minorista estándar (dentro de la red) (Hasta un suministro de 90 días)	**Gastos compartidos por pedido por correo** (Hasta un suministro de 90 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	$15.00 de copago	$10.00 de copago
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	$45.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $45 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura	$30.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $30 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura
Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida)	$141.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $105 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura	$94.00 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de $94 durante las fases de inicio y de interrupción de la cobertura
Nivel 4 de gastos compartidos (Marca no preferida)	$300 de copago	$200.00 de copago
Nivel 5 de gastos compartidos (Especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para el nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para el nivel 5
Nivel 6 de gastos compartidos (Atención selecta)	$0.00 de copago	$0.00 de copago

Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales en medicamentos alcancen los $4,660 en el año

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha surtido llegue **al límite de $4,660 para la etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo. Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La EOB de la Parte D que usted reciba lo ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier otro tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,660 en un año.

Le avisaremos si llega a este monto. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Los costos en la etapa del período sin cobertura

Cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuento de la brecha en la cobertura de Medicare proporciona descuentos en medicamentos de marca registrada. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para medicamentos de marca registrada. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los gastos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Durante la Etapa del período sin cobertura, nuestro plan ofrece cobertura adicional de los medicamentos incluidos en los niveles 1 y 6 del formulario. Para un suministro por un mes durante la etapa del período sin cobertura de los medicamentos incluidos en los Niveles 1 a 6 del formulario, usted pagará el mismo copago que en la fase de cobertura inicial O BIEN el 25 % del costo del medicamento, lo que sea menor. Para los Niveles 3, 4 y 5, usted pagará el 25 % del costo del medicamento.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Essence Advantage Gold ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa de interrupción de la cobertura, los gastos de bolsillo para insulinas selectas serán de $15 o $35 por cada suministro mensual, según el nivel de las insulinas selectas. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, verifique la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica. Puede identificar insulinas selectas al buscar una indicación de “SI” (Selected Insulins) en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están impresos en la portada posterior de este documento).

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Durante la etapa del período sin cobertura, no pagará más de $35 por un suministro para un mes de un producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, su condición con respecto a la Ayuda adicional o si el producto de insulina de la Parte D se considera una insulina seleccionada en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Usted sigue pagando estos costos hasta que los montos anuales que paga de su bolsillo alcanzan un monto máximo que ha establecido Medicare. Una vez que alcanza este monto de $7,400, usted sale de la etapa del período sin cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas sobre qué se tiene en cuenta y qué *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando el monto de gastos de su bolsillo ha alcanzado el límite de $7,400 en el año calendario. Una vez que está en la etapa de cobertura catastrófica, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo por un medicamento cubierto será el coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
  - el coseguro del 5% del costo del medicamento
  - *o bien* $4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se considere como un genérico y $10.35 por todos los demás medicamentos.

Para los medicamentos excluidos cubiertos en virtud de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, sus costos durante la etapa de cobertura catastrófica se determinarán con el mismo método que se menciona más arriba para todos los medicamentos cubiertos por el plan. Consulte el Capítulo 5, Sección 7.1, o llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos excluidos.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Durante la etapa de cobertura catastrófica, no pagará más de $35 por un suministro para un mes de un producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, su condición con respecto a la Ayuda adicional o si el producto de insulina de la Parte D se considera una insulina seleccionada en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio de atención al cliente para obtener más información.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna propiamente dicha**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina “administración” de la vacuna).

La cantidad que usted paga por una vacuna de la Parte depende de tres cosas:

1. **El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]* en el Capítulo 4).
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna propiamente dicha se puede administrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede hacerlo en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de medicamentos en la que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna como de su administración por parte de un proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, usted paga solo la parte que le corresponde del costo en virtud de su beneficio de la Parte D.

A continuación hay tres ejemplos de maneras en las que puede obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del período sin cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted recibe la vacuna en la farmacia dentro de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted pagará a la farmacia el copago por la vacuna propiamente dicha, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total tanto de la vacuna como de su administración por parte de un proveedor.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna propiamente dicha.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de este servicio. Luego, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que deba cumplir con plazos límite para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó o, posiblemente, por un costo mayor que sus costos compartidos, como se explica en el documento. Primero, trate de resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si ese proveedor está contratado, igualmente tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este forme parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar la parte que le corresponde del costo de servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación por ley de brindarle atención de emergencia. Si usted paga por accidente el monto total en el momento en que recibe el servicio, deberá solicitarnos que le rembolsemos la parte que nos corresponde del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costo compartido que le corresponde cuando obtiene servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su gasto compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

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

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

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

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Usted puede solicitarnos que le devolvamos el dinero mediante la presentación de una solicitud por escrito. Si usted envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la queja dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.**

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Datos necesarios para tomar una decisión:
    - Fecha de servicio
    - Nombre y dirección del proveedor
    - Id. impositiva/NPI
    - Descripción de los servicios
    - Descripción de la enfermedad/lesión
    - Montos cobrados/pagados
    - Facturas detalladas
    - Constancia de pago

- Descargue una copia del formulario de nuestra página web (www.EverythingEssence.com) o llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del Servicio de atención al cliente).

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

Essence Healthcare
PO Box 5904
Troy, MI 48007

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos 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 sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y que respete sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de asegurar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera que respete las diferentes culturas y que sean accesibles a todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, aptitudes limitadas para la lectura, incapacidad auditiva, o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, los siguientes: prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Servicio de atención al cliente.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para obtener servicios de atención médica preventiva y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad dentro de la red del plan no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especialistas fuera de la red que le brinden 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 dentro de la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio por un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista dentro de la red, llame para presentar un reclamo al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos darle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame al Servicio al Cliente.

Nuestro plan es necesario para dar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará 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 dónde ir para obtener este servicio a 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, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para que le brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 se explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información médica personal. Protegemos su información médica personal según lo exigido por estas leyes.

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con respecto a controlar el modo en que se usa su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Notice of Privacy Practice" (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si pretendemos proporcionar su información médica a alguien que no le brinda atención ni paga por ella, *primero tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito o la de la persona a quien usted le haya otorgado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información médica, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto implica que no se comparta la información que lo identifica de forma individual.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos que mantiene en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame al Servicio de atención al cliente.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de Essence Advantage Gold, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de atención al cliente:

- **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.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** En los Capítulos 3 y 4 se proporciona información sobre servicios médicos. En los Capítulos 5 y 6 se proporciona información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene restricciones. En el Capítulo 9 también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina una 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 participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener toda la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos se denominan "**directivas anticipadas**". Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos, como el "**testamento vital**" y el "**poder de representación para la atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede pedir un formulario de directivas anticipadas a su abogado o al asistente social, o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.

- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario para que tome las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Conserve una copia en su casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención médica ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si usted ha firmado una directiva anticipada y considera que el médico o el hospital no siguieron las instrucciones que aparecen en ella, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS), la División de Otorgamiento de Licencias y Certificaciones del Departamento de Salud Pública de California (CDPH), el Departamento de Salud del Estado de California o la Oficina del Fiscal General.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener los detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener los detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (Esta publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio de atención al cliente.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Con esta *Evidencia de cobertura* aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** En el Capítulo 1 se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.

- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudarlo a obtener la mejor atención, dígales a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe pagar las primas del plan.
    - Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siento miembro del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
    - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando este monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones.**
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

En este capítulo se explica la terminología legal que se usa en algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar todo, este capítulo:

- Usa términos más sencillos en lugar de determinados términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en vez de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos debe usar le ayudará a comunicarse de una manera más precisa para obtener la ayuda o la información que necesita para su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Aunque tenga una queja sobre el tratamiento que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a presentar quejas. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se indican dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (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 médico. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y la dirección del sitio web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Medicare

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

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

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

Sí.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, “Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”.**

No.

Consulte la **Sección 10** de este capítulo: **“Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.”**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluido con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un servicio, y usted no está conforme, puede “presentar una apelación” de la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando presenta una apelación de una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechaza la solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso que explicará por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no rechazamos su caso, pero rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones de servicios médicos y medicamentos de la Parte B se envían automáticamente a la organización de revisión independiente para realizar una apelación de Nivel 2; usted no tiene que hacer nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, tendrá que solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se detallan en la Sección 6 de este capítulo). Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de otros niveles de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos que tiene si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar al Servicio de atención al cliente**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia en Seguros De Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted**. Si su médico lo ayuda con una apelación luego del Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Llame al Servicio de atención al cliente y pida el formulario “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.EverythingEssence.com).
    - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante", para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame al Servicio de atención al cliente y solicite el formulario "Nombramiento de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web www.EverythingEssence.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
  - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro servicio de recomendación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe consultar, llame al Servicio de atención al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* Para simplificar las cosas, normalmente hablamos de "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye tanto productos y servicios médicos como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas de los elementos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Cómo presentar una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para servicios de atención hospitalaria, de atención médica en el hogar, de atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación de la organización”.** Una “decisión de cobertura rápida” se denomina una **“decisión acelerada”**.

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

Una “decisión de cobertura estándar” se suele tomar en 14 días o 72 horas, en el caso de medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” se suele tomar en 72 horas, en el caso de servicios médicos, o en 24 horas, en el caso de medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de atención médica *que aún no haya recibido*.
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - explica que usaremos los plazos estándar;
    - explica que, si su médico le pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la otorgaremos;
    - explica que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura 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, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándares, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un elemento o servicio médico**. Si su solicitud es de un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es de un elemento o servicio médico. Si nos tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja no bien tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápidas, usamos un plazo acelerado

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas si se trata de un elemento o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales**. Si nos tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos ni bien tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

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

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **“reconsideración”** del plan. Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.**

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

Una “apelación estándar” suele realizarse en un plazo de 30 días. Una “apelación rápida” suele realizarse en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si usted solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Si usted solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que presenta tarde su apelación cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para realizar la apelación. Entre los ejemplos de una causa justificada se pueden incluir: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para sustentar su apelación**.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, miramos con atención toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Nos comunicaremos con usted o su médico si necesitamos más información.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un elemento o servicio médico. Si nos tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos más tiempo si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos 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 límite para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un elemento o servicio médico. Si nos tomaremos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta antes del plazo límite (o antes de que finalice el período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente la revisará. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un elemento o servicio médico o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación,** su apelación se enviará automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE"**.

La **organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2.

- Para la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Para la "apelación estándar", si solicita una elemento o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un elemento o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un elemento o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o toda la solicitud para un medicamentos con receta de la parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar dichos medicamentos en las **72 horas** posteriores a la recepción de **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina "confirmar la decisión" o "rechazar la apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:
  - explica su decisión;
  - le notifica de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la atención médica cumple un determinado mínimo. El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones;
  - le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7 se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación que solicita un reembolso, nos solicita una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si siguió las normas para usar la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación.** Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para las apelaciones relacionadas con reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarles a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Capítulo 5). Para obtener detalles sobre medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”. También usamos 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 que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguiente situaciones:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitarnos que paguemos un monto de gastos compartidos menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos más alto. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Cómo solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**. Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**. Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción del nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrirle un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costo compartido que se aplique a los medicamentos de marca del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto**. En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de gastos compartidos, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para su condición médica que se encuentran en un nivel de gastos compartidos más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos el medicamento por el monto de gastos compartidos que corresponde al medicamento alternativo.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento por un monto menor de costo compartido. Este sería el nivel más bajo de costo que contenga alternativas de productos biológicos para el tratamiento de su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
   - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas tanto de marca como genéricas para tratar su afección.
   - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de gastos compartidos por ningún medicamento que figure en el nivel 1 (Genérico preferido), nivel 5 (Especialidad) o nivel 6 (Atención selecta).
   - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y existe más de un nivel de gasto compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede consumir, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de gastos compartidos más bajos no funcionen igual para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal
Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación de cobertura acelerada"**.

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

Las "decisiones de cobertura estándares" se realizan en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. **Las "decisiones de cobertura rápidas"** se realizan en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida". **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no haya recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares causaría un daño grave a su salud o dañaría su capacidad de funcionar.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión de cobertura rápida", le daremos automáticamente una decisión de cobertura de rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - explica que usaremos los plazos estándar;
    - explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la otorgaremos;
    - le informa que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja en un plazo de 24 horas desde que la recibimos.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, el cual está disponible en nuestra página web. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto. Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente utilizando el formulario seguro en línea de determinación de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com, en la pestaña Documentos. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo denegado por el que se presenta la apelación.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo",** que son las razones médicas de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos límite para una "decisión de cobertura rápida"

- Normalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Normalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura del medicamento que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una **“redeterminación”.** Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”.**

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

Una “apelación estándar” suele realizarse en un plazo de 7 días. Una “apelación rápida” suele realizarse en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una “apelación rápida”

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito.** En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar la apelación por escrito o llamarnos al 1-855-996-8422**. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, el cual está disponible en nuestra página web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente utilizando el formulario seguro en línea de determinación de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com, en la pestaña Documentos.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que presenta tarde su apelación cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para realizar la apelación. Entre los ejemplos de una causa justificada se pueden incluir: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "apelación estándar" de un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero no más allá de los **7 días calendario** después de que recibimos su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 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 la denomina **"IRE".**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.

Paso 1: usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no realizamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o si tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "riesgo" de nuestro programa de gestión de medicamentos, enviaremos su reclamo automáticamente a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos límite para una "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos límite para una "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándares, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Para "apelaciones estándares":

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **parte o la totalidad** 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 que:

- explica su decisión;
- le notifica de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando cumple un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- le informa el valor en dólares que se debe estar disputando para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **"fecha del alta".**
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En el término de los dos días de haber sido ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, de un trabajador de casos o enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Este le informa:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en todas las decisiones sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si piensa que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le da la fecha de alta. Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Servicio de atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de atención al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta.**
    - **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad sobre su apelación.
    - **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención médica hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que se comuniquen con nosotros, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indicará su fecha prevista del alta y le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando al Servicio de Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("los revisores") les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Para el mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte de nosotros que le indica su fecha prevista del alta. Este aviso también le explicará en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización luego de la fecha prevista del alta.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención médica hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se denomina "confirmar la decisión".
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

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

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó más arriba, debe actuar rápidamente para comenzar con la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta del hospital. Si se vence el plazo límite para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida".** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación**, significa que hemos aceptado que sigue necesitando estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sigan siendo necesarios por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, estamos diciendo que su fecha prevista del alta era adecuada por razones médicas. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención médica hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *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 la denomina **"IRE"**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente en de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo con que la fecha prevista del alta era adecuada por razones médicas.
    - En el aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente se le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que queda a cargo de un juez de administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o presentar una apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección solo se refiere a tres servicios:* atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención médica.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal
“Aviso de falta de cobertura de Medicare”. Le informa cómo puede solicitar una **“apelación rápida”.** Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Recibirá un aviso por escrito**, al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica:
   - la fecha en la que dejamos de cubrir su atención,
   - cómo solicitar una “apelación rápida” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por un período más prolongado.
2. **A usted o a alguien que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de prestar atención médica.

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención médica durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame al Servicio de atención al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Este decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada por razones médicas.

La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y ayudar a mejorar la calidad de atención para las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar decisiones de planes sobre el momento en el que se debe dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: haga la apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de falta de cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** del aviso de falta de cobertura de Medicare.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
"Explicación detallada de la falta de cobertura". Aviso que brinda detalles sobre las razones por las que se cancela la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad ("los revisores") les preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en el que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **explicación detallada de falta de cobertura** de parte nuestra, en la que se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención médica.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si se rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica más arriba, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

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

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

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida"

- **Si aceptamos su apelación**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo necesario por razones médicas. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica domiciliaria, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención médica usted mismo.

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 la denomina **"IRE".**

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 con respecto a su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para que cumpla la función de organización de revisión independiente. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente en de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: la organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con la apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si quiere avanzar y presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 la revisa un juez administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y los niveles siguientes

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3	**Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o abogado adjudicador aceptan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.** A diferencia de la decisión tomada con respecto a una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos presentar una apelación, esta pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o el abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4	El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelaremos o no a esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5	Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 **Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Juez administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le informará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide avanzar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de Atención al Cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención médica que ha recibido (incluida la atención médica en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está disconforme con nuestro Servicio de atención al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O por nuestro Servicio de Atención al Cliente u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluyen esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de consulta, o para obtener una receta.

Queja	Ejemplo
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Omitimos darle un aviso necesario? • ¿Es difícil de comprender nuestra información escrita?
Carácter oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si nos ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si nos solicitó una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida” y le dijimos que no lo haremos, puede presentar una queja. • Si piensa que no estamos cumpliendo con los plazos de las decisiones de cobertura o apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos de cobertura o de reembolso de determinados servicios médicos o medicamentos que aprobamos, puede presentar una queja. • Si considera que no hemos cumplido con plazos límite requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **“queja”** también se denomina **“reclamo”**.
- **“Presentar una queja”** también se denomina **“interponer un reclamo”.**
- **“Usar el proceso para quejas”** también se denomina **“usar el proceso para interponer un reclamo”.**
- Una **“queja rápida”** también se denomina **“reclamo acelerado”**.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo que necesite hacer, Servicio de Atención al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Si desea presentar un reclamo (queja), debe:

- Llamar al Servicio de Atención al Cliente; o
- Enviar su reclamo por escrito a:

  Essence Healthcare
  PO Box 5904
  Troy, MI 48007

- Para ayudarnos a procesar su reclamo por escrito (queja), asegúrese de que este incluya:
  - Su nombre y apellido
  - Su número de identificación de miembro
  - Toda la información pertinente, incluyendo un resumen del reclamo, cualquier contacto previo con nosotros relacionado con el reclamo y cualquier documento de apoyo que considere apropiado
  - La acción que nos solicita
  - Una firma suya o de su representante autorizado y la fecha. Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario de "Nombramiento de representante". (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. El formulario le otorga a esa persona la autorización de presentar un reclamo en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre y el Plan debe tener una copia del formulario.
- Si presenta un reclamo acelerado, estamos obligados a responderle en un plazo de 24 horas. Lo mejor es llamar al Servicio de Atención al Cliente si quiere solicitar una revisión rápida de su reclamo. Puede solicitar un reclamo acelerado si su reclamo se refiere a una de las siguientes circunstancias:
  - Hemos extendido el plazo para tomar una decisión inicial o una apelación y usted cree que necesita una decisión más rápida.
  - Hemos rechazado su solicitud de revisión rápida de una determinación inicial acelerada o de una apelación y usted cree que necesita una decisión más rápida.
- Si presenta un reclamo estándar, estamos obligados a responderle en un plazo de 30 días.
- El **plazo límite** para presentar una queja es 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema que dio lugar a la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos un "reclamo rápido".** Si se le ha concedido un "reclamo rápido", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta.

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención médica*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 se incluye la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar un reclamo sobre Essence Advantage Gold directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Essence Advantage Gold puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se brinda información sobre cómo cancelar su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si piensa dejar nuestro plan, nuestro plan debe seguir brindándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando la parte que le corresponde del costo hasta que se cancele la membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como el "período de inscripción abierta anual"). Durante este período, revise su cobertura de salud y de medicamentos, y decida la cobertura que desea para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si usted decide cambiarse 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 con receta.
    - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, salvo que haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

  Su membresía en nuestro plan se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En determinadas situaciones, los miembros de Essence Advantage Gold pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted podría ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si está inscrito en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Nota: Si usted está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, brinda más información acerca de los programas de gestión de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada situación.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien*, Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.

  Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y pasa 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Normalmente, su membresía se cancela el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe "ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar al Servicio de atención al cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2023*** (Medicare y Usted 2022).
- Comunicarse con **Medicare** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan médico de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. • Su inscripción en Essence Advantage Gold se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en Essence Advantage Gold se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
• Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Comuníquese con Servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Essence Advantage Gold se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

Hasta que se cancele su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe seguir recibiendo atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras *farmacias* de la red o de pedido por correo *para* surtir sus recetas.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Essence Advantage Gold debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Essence Advantage Gold debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).

- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Servicio de atención al cliente.

Sección 5.2 No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

Essence Advantage Gold no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que se retire de nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede interponer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:
Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas en virtud de esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto podría afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en quejas, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido 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 del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos al número del Servicio de atención al cliente. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Essence Advantage Gold, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:
Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia. Servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare o del estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cancelar la inscripción o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos Mensuales (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierto monto, pagará la suma prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo extra agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Centro de Atención de Enfermería Especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Entre los ejemplos de la atención se incluyen la fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como la parte que le corresponde de los costos de servicios o medicamentos con receta.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos compartidos estándares: los costos compartido estándares son los costos compartidos que no son los costos compartidos preferidos que ofrece una farmacia de la red.

Costos compartidos preferidos: costos compartidos preferidos significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de “gastos compartidos” anterior. El requisito de gastos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que el miembro “paga de su bolsillo”.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayudar con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Dispositivos ortésicos y protésicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si es una mujer embarazada, evitar que pierda un bebé por nacer), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Etapa de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre O los gastos que paga de su bolsillo para el año, alcancen los $4,660.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de gastos compartidos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del gasto compartido permitido del plan. Como miembro de Essence Advantage Gold, solo tiene que pagar los montos del gasto compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del gasto compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: farmacia que tiene contrato con nuestro plan para que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gasto compartido diario: es posible que se aplique un “gasto compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El gasto compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “gasto compartido diario” es de $1 por día.

Gastos compartidos: los gastos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El gasto compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier monto de “coseguro” que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Hospicio: beneficio que otorga tratamiento especial a un miembro que se ha certificado médicamente que tiene una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo".

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Insulinas selectas: Las insulinas que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y que, por lo tanto, incurrirán en copagos bajos y constantes durante la fase del período sin cobertura. Para obtener información sobre qué insulinas son insulinas selectas en virtud del beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamentos que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona tan bien como el medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Medicamentos de atención selecta: son todos los medicamentos del nivel 6, y se usan para el tratamiento de la diabetes, el colesterol alto y la presión arterial alta.

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Determinadas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, a algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y a personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que reúne los requisitos 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).

Multa por inscripción tardía: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más.

Nivel de gastos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en una de las seis categorías de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare “con Pago por Servicio”): El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en Estados Unidos.

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención médica para pacientes internados en un hospital (o atención médica especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período que va del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que el individuo es elegible por primera vez para tener Medicare.

Período de inscripción anual: período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre todos los años, en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiar a Original Medicare.

Período de Inscripción Especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de convalecencia o si infringimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. 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, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP): en los D-SNP se inscribe a personas que tienen derecho a recibir Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) y asistencia médica de un plan del estado en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan de necesidades especiales por atención crónica: Los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a personas con necesidades especiales que tienen afecciones crónicas graves o discapacitantes específicas, que se definen en el Título 42 del CFR, Artículo 422.2. Un C-SNP debe contar con características específicas que vayan más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare, y la coordinación de la atención que se exige a todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción que se proporciona a los C-SNP.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El gasto compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciban los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los gastos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los gastos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas calificadas que residen continuamente o se espera que lo hagan durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos en virtud de la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades similares y un estado de atención médica similar a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas calificadas que residen en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un iv) plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir de estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan médico de Medicare: plan médico de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los programas piloto/de demostración y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Plan PACE: Un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan médico para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor del plan: “proveedor” es el término general que usamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red**” tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados de nuestro plan, ni son su propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja: el nombre formal para "presentar un reclamo" es "interponer un reclamo". El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos del proceso de apelación.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención médica. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Servicio de Atención al Cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y B de Medicare. El término "servicios cubiertos por Medicare" no incluye a los beneficios adicionales, como de la vista, dentales o de la audición, que el plan Medicare Advantage ofrezca.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención de inmediato durante el fin de semana. Los servicios se deben necesitar de inmediato y deben ser necesarios por razones médicas.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda adicional".

Suma máxima que paga de su propio bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Terapia progresiva: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Delta Dental: PROGRAMA A

*Los beneficios odontológicos que se enumeran a continuación ***solo*** están cubiertos, con el gasto compartido correspondiente, **para los miembros inscriptos en los beneficios complementarios opcionales** que ofrece el plan de Essence Healthcare. Debe inscribirse para los beneficios complementarios opcionales a fin de agregarlos a su plan de Essence Healthcare. Los beneficios complementarios opcionales incluyen cobertura rutinaria dental y de la vista por una prima mensual adicional.

Si no está inscripto en los beneficios complementarios opcionales, los siguientes servicios odontológicos no están cubiertos. Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 para obtener información adicional sobre los beneficios complementarios opcionales, incluso cómo inscribirse.

Essence Healthcare
Delta Dental: Programa A

Descripción de los beneficios y copagos

Los beneficios que se muestran a continuación se otorgan según las recomendaciones del dentista a cargo y están sujetos a las limitaciones y exclusiones del programa. Consulte el *Programa B* para obtener una mayor clarificación de los beneficios. **Las personas inscriptas deben analizar todas las opciones de tratamiento con su dentista a cargo antes de recibir los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene el objetivo preciso de clarificar el otorgamiento de los beneficios dentro del programa DHMO y no debe interpretarse como terminología dental actual ("CDT"), códigos de proceso de CDT-2023, descriptores o nomenclaturas con derechos de autor de la Asociación Dental Americana ("ADA"). Es posible que la ADA cambie periódicamente las definiciones o los códigos de la CDT. Dichos códigos, descriptores y nomenclaturas actualizados se pueden usar para describir estos procedimientos cubiertos en cumplimiento con las leyes federales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	AFILIADO PAGOS
D0100-D0999	**I. DIAGNÓSTICO**	
D0120	Evaluación oral periódica: paciente regular	Sin costo
D0140	Evaluación oral limitada: problema específico	Sin costo
D0150	Evaluación oral completa: paciente nuevo o regular	Sin costo
D0160	Evaluación oral extensa y detallada: problema específico, por informe	Sin costo
D0170	Reevaluación - limitada, centrada en el problema (paciente establecido; no visita postoperatoria).	Sin costo
D0171	Reevaluación: visita postoperatoria al consultorio	$5.00
D0180	Evaluación periodontal completa: paciente nuevo o regular	Sin costo
D0190	Examen del paciente	Sin costo
D0191	Evaluación del paciente	Sin costo
D0210	Intraoral - serie completa de imágenes radiográficas - *limitada a 1 serie cada 24 meses*.	Sin costo
D0220	Intraoral: primera imagen radiográfica periapical	Sin costo
D0230	Intraoral: cada imagen radiográfica periapical adicional	Sin costo

D0240	Intraoral: imagen radiográfica oclusal	Sin costo
D0250	Extraoral: imagen radiográfica de proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y detector	Sin costo
D0251	Extraoral: imagen radiográfica dental posterior	Sin costo
D0270	Mordida: imagen radiográfica individual	Sin costo
D0272	Mordida: dos imágenes radiográficas	Sin costo
D0273	Mordida: tres imágenes radiográficas	Sin costo
D0274	Mordida: cuatro imágenes radiográficas *limitadas a 1 serie cada 6 meses*	Sin costo
D0277	Mordida vertical: 7 a 8 imágenes radiográficas	Sin costo
D0330	Imagen radiográfica panorámica	Sin costo
D0415	Recolección de microorganismos para cultivos y pruebas de sensibilidad	Sin costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición *1 cada 12 meses*	Sin costo
D0425	Pruebas de susceptibilidad de caries	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	Sin costo
D0470	Moldes de diagnóstico	Sin costo
D0472	Acceso al tejido, examen general, preparación y transmisión del informe escrito	Sin costo
D0473	Acceso al tejido, examen general y microscópico, preparación y transmisión del informe escrito	Sin costo
D0474	Acceso al tejido, examen general y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedades, preparación y transmisión del informe escrito	Sin costo
D0601	Evaluación del riesgo de caries y documentación, con un resultado de bajo riesgo - *1 cada 12 meses*.	Sin costo
D0602	Evaluación del riesgo de caries y documentación, con hallazgo de riesgo moderado: *1 cada 12 meses*	Sin costo
D0603	Evaluación del riesgo de caries y documentación, con hallazgo de riesgo alto: *1 cada 12 meses*	Sin costo
D0701	Imagen radiográfica panorámica: solo captura de imagen	Sin costo
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: solo captura de imagen	Sin costo
D0703	Imagen fotográfica oral/facial en 2-D obtenida intra-oralmente o extra-oralmente - captura de imagen solamente.	Sin costo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral: solo captura de imagen	Sin costo
D0706	Intraoral: imagen radiográfica oclusal; solo captura de imagen	Sin costo
D0707	Intraoral: imagen radiográfica periapical; solo captura de imagen	Sin costo
D0708	Intraoral: imagen radiográfica de mordida; solo captura de imagen	Sin costo
D0709	Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas; solo captura de imagen	Sin costo
D0999	Procedimiento diagnóstico no especificado, por informe: *incluye visita al consultorio, por visita (además de otros servicios)*	Sin costo

D1000-D1999 II. PREVENCIÓN

D1110	*Limpieza* de profilaxis, adultos:	
	1 D1110 o D4346 cada un período de 6 meses	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor:	
	1 D1206 o D1208 cada un período de 6 meses	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de flúor - excluido el barniz -	
	1 D1206 o D1208 por período de 6 meses.	Sin costo
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene oral	Sin costo

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

- Incluye pulido, todos los adhesivos y agentes de fijación, recubrimiento pulpar indirecto, bases, revestimientos y procedimientos de grabado ácido.
- Cuando hay más de seis coronas en el mismo plan de tratamiento, es posible que el afiliado deba pagar $100.00 adicionales por corona después de la 6.a unidad.
- El reemplazo de coronas, incrustaciones y recubrimientos requiere que la restauración existente tenga más de 5 años.

D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	$8.00
D2150	Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes	$12.00
D2160	Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes	$18.00
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes	$22.00
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	$22.00
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores	$26.00
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores	$30.00
D2335	Composite a base de resina: cuatro o más superficies	
	o que involucran el ángulo incisal (anterior)	$55.00
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	$65.00
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores	$75.00
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores	$85.00
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores	$95.00
D2510	Incrustación: metálica; una superficie	$185.00
D2520	Incrustación: metálica; dos superficies	$195.00
D2530	Incrustación: metálica; tres o más superficies	$205.00
D2542	Recubrimiento: metálico; dos superficies	$200.00
D2543	Recubrimiento: metálico; tres superficies	$210.00
D2544	Recubrimiento: metálico; cuatro o más superficies	$230.00
D2610	Incrustación: porcelana/cerámica; una superficie	$310.00
D2620	Incrustación: porcelana/cerámica; dos superficies	$345.00
D2630	Incrustación: porcelana/cerámica; tres o más superficies	$365.00
D2642	Recubrimiento: porcelana/cerámica; dos superficies	$340.00
D2643	Recubrimiento: porcelana/cerámica; tres superficies	$375.00
D2644	Recubrimiento: porcelana/cerámica; cuatro o más superficies	$395.00
D2650	Incrustación: compuesto a base de resina; una superficie	$210.00
D2651	Incrustación: compuesto a base de resina; dos superficies	$235.00
D2652	Incrustación: compuesto a base de resina; tres o más superficies	$270.00
D2662	Recubrimiento: compuesto a base de resina; dos superficies	$265.00

D2663	Recubrimiento: compuesto a base de resina; tres superficies	$290.00
D2664	Recubrimiento: compuesto a base de resina; cuatro o más superficies	$335.00
D2710	Corona: compuesto a base de resina (indirecto)	$185.00
D2712	Corona: compuesto a base de 3/4 de resina (indirecto)	$185.00
D2720	Corona: resina con alto contenido de metales nobles	$335.00
D2721	Corona: resina con metal común predominantemente	$235.00
D2722	Corona: resina con metal noble	$275.00
D2740	Corona: porcelana/cerámica	$395.00
D2750	Corona: porcelana fundida con contenido alto de metales nobles	$395.00
D2751	Corona: porcelana fundida de metal común predominantemente	$295.00
D2752	Corona: porcelana fundida de metal noble	$335.00
D2753	Corona: porcelana fundida de titanio y aleación de titanio	$395.00
D2780	Corona: 3/4 fundida con contenido alto de metales nobles	$395.00
D2781	Corona: 3/4 fundida de metal común predominantemente	$295.00
D2782	Corona: 3/4 fundida de metal noble	$335.00
D2783	Corona: 3/4 porcelana/cerámica	$395.00
D2790	Corona: fundida completa con contenido alto de metales nobles	$395.00
D2791	Corona: funda completa de metal común predominantemente	$295.00
D2792	Corona: fundida completa de metal noble	$335.00
D2794	Corona: titanio y aleación de titanio	$395.00
D2910	Revestimientos, recubrimientos e incrustaciones vueltos a cementar o pegar o restauración de cobertura parcial	$20.00
D2915	Reconstrucción o recubrimiento de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	$20.00
D2920	Corona vuelta a cementar o pegar	$20.00
D2921	Reimplantación de fragmento de pieza dental, borde incisal o cúspide *(anterior)*	$55.00
D2928	Corona prefabricada en porcelana/cerámica: pieza dental permanente	$75.00
D2931	Corona prefabricada en acero inoxidable: pieza dental permanente	$75.00
D2940	Restauración protectora	$20.00
D2949	Base restauradora para restauración indirecta	$80.00
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidos pernos cuando sean necesarios	$80.00
D2951	Retención de pernos, por diente, además de la restauración	$15.00
D2952	Perno y muñón además de la corona, fabricados indirectamente: *incluye preparación del conducto*	$110.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente: *incluye preparación del conducto*	$80.00
D2954	Perno y muñón prefabricados además de la corona: *perno a base de metal; incluye preparación del conducto*	$95.00
D2957	Cada perno prefabricado adicional, mismo diente: *perno a base de metal; incluye preparación del conducto*	$70.00
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que se ajuste al marco de dentadura parcial existente	$60.00
D2980	Reparación de corona necesaria por material reconstructivo defectuoso	$30.00

D2981	Reparación de incrustación necesaria por material reconstructivo defectuoso	$30.00
D2982	Reparación de recubrimiento necesaria por material reconstructivo defectuoso	$30.00
D2983	Reparación de revestimiento necesaria por material reconstructivo defectuoso	$30.00
D3000-D3999	**IV. ENDODONCIA**	
D3110	Revestimiento pulpar: directo (se excluye la restauración final)	$5.00
D3120	Revestimiento pulpar: indirecto (se excluye la restauración final)	$5.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	$50.00
D3310	*Tratamiento de conducto:* terapia endodóncica, diente anterior (se excluye la restauración final)	$125.00
D3320	*Tratamiento de conducto:* terapia endodóncica, diente premolar (se excluye la restauración final)	$215.00
D3330	*Tratamiento de conducto:* terapia endodóncica, diente molar (se excluye la restauración final)	$365.00
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto; acceso no quirúrgico	$80.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, irresoluble o fracturado	$80.00
D3333	Reparación de la raíz interna por defectos de perforación	$80.00
D3346	Repetición del tratamiento de conducto previo: anterior	$155.00
D3347	Repetición del tratamiento de conducto previo: premolar	$245.00
D3348	Repetición del tratamiento de conducto previo: molar	$395.00
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, resorción de raíces, etc.)	$80.00
D3352	Apexificación/recalcificación: sustitución de medicación provisional (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, resorción de raíces, desinfección del espacio pulpar, etc.)	$55.00
D3353	Apexificación/recalcificación: visita final (incluye tratamiento de conducto completo, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, resorción de raíces, etc.)	$55.00
D3410	Apicectomía: anterior	$155.00
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	$165.00
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	$175.00
D3426	Apicectomía: (cada raíz adicional)	$100.00
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	$75.00
D3450	Amputación de la raíz, por raíz	$85.00
D3471	Reparación quirúrgica de la resorción de la raíz: anterior	$155.00
D3472	Reparación quirúrgica de la resorción de la raíz: premolar	$155.00
D3473	Reparación quirúrgica de la resorción de la raíz: molar	$155.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación de la resorción de la raíz: anterior	$155.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación de la resorción de la raíz: premolar	$155.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación de la resorción de la raíz: molar	$155.00

D3920	Hemisección (incluida la remoción de la raíz), pero no el tratamiento de conducto	$75.00
D3921	Decoración o sumersión de un diente erupcionado	$14.00

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

- Incluye evaluaciones preoperativas y postoperativas y tratamientos con anestesia local.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	$160.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	$95.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso para un procedimiento de restauración, por diente	$95.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	$160.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	$95.00
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	$175.00
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	$150.00
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación del colgajo grosor completo y el cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	$385.00
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación del colgajo de grosor completo y el cierre): de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	$308.00
D4263	Injerto óseo de reposición: diente natural retenido, primer espacio del cuadrante	$235.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	$85.00
D4270	Procedimiento de injerto de tejido suave en pedículo	$235.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente individual (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica)	$90.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidas las zonas quirúrgicas receptoras y del donante) primer diente, implante o posición de diente edéntulo en el injerto	$235.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidas las zonas quirúrgicas receptoras y del donante) cada diente contiguo adicional, implante o posición de diente edéntulo en el mismo sitio de injerto	$235.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante, *limitado a 4 cuadrantes durante 12 meses consecutivos*	$60.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante, *limitado a 4 cuadrantes durante 12 meses consecutivos*	$50.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa: boca completa, después de la evaluación oral, *1 D1110 o D4346 por período de 6 meses*	$5.00
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal completos en una visita posterior - *limitado a 1 tratamiento en 12 meses consecutivos*	$60.00

D4910	Mantenimiento periodontal:	
	limitado a 1 tratamiento cada un período de 6 meses	$45.00
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal; por cuadrante	Sin costo

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)

- *Para todas las dentaduras postizas completas o parciales enumeradas, el copago incluye ajustes posteriores a la entrega y acondicionamiento de tejidos, en caso de ser necesarios, durante los primeros seis meses tras la colocación. El afiliado debe seguir siendo elegible y los servicios deben prestarse en las instalaciones del dentista a cargo donde se entregó originalmente la prótesis dental.*
- *Las reparaciones de bases, los reforrados y el acondicionamiento del tejido se limitan a 1 por prótesis dental durante 12 meses consecutivos.*
- Para *el reemplazo de la dentadura postiza completa o parcial se requiere que la prótesis dental tenga más de 5 años.*
- ***Las prótesis dentales requieren una preautorización antes del tratamiento.***

D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	$365.00
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	$365.00
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	$385.00
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	$385.00
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial: base de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$325.00
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: base de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción apoyos y piezas dentales)	$325.00
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: marco	
	de metal fundido con bases de prótesis de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$395.00
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: marco	
	de metal fundido con bases de prótesis de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$395.00
D5221	Dentadura postiza inmediata maxilar parcial: base de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$325.00
D5222	Dentadura postiza inmediata mandibular parcial: base de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$325.00
D5223	Dentadura postiza inmediata maxilar parcial: marco	
	de metal fundido con bases de prótesis de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$395.00
D5224	Dentadura postiza inmediata mandibular parcial: marco	
	de metal fundido con bases de prótesis de resina	
	(incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales)	$395.00
D5225	Dentadura parcial maxilar - base flexible	
	(incluye materiales retentivos/de sujeción, apoyos y dientes)	$445.00
D5226	Dentadura parcial mandibular - base flexible	
	(incluye materiales retentivos/de sujeción, apoyos y dientes)	$445.00
D5227	Dentadura parcial maxilar inmediata - base flexible	
	(incluye cualquier gancho, apoyos y dientes)	$325.00
D5228	Dentadura parcial mandibular inmediata - base flexible	
	(incluye ganchos, apoyos y dientes)	$325.00

D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar	$18.00
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa: mandibular	$18.00
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial: maxilar	$18.00
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial: mandibular	$18.00
D5511	Reparación de la base rota de la dentadura postiza completa, mandibular	$55.00
D5512	Reparación de la base rota de la dentadura postiza completa, maxilar	$55.00
D5520	Reemplazo de piezas dentales fracturadas o faltantes: dentadura postiza completa (cada diente)	$35.00
D5611	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza parcial, mandibular	$55.00
D5612	Reparación de la base de resina de la dentadura postiza parcial, maxilar	$55.00
D5621	Reparación del marco fundido parcial, mandibular	$55.00
D5622	Reparación del marco fundido parcial, maxilar	$55.00
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales rotos de retención/sujeción, por diente	$55.00
D5640	Reemplazo de piezas dentales fracturadas, por pieza dental	$45.00
D5650	Adición de una pieza dental a una dentadura postiza parcial existente	$45.00
D5660	Adición de una fijación a una dentadura postiza parcial existente, por pieza dental	$55.00
D5670	Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílicos en el marco de metal fundido (maxilar)	$180.00
D5671	Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílicos en el marco de metal fundido (mandibular)	$180.00
D5710	Reparación de la dentadura postiza maxilar completa	$105.00
D5711	Reparación de la dentadura postiza mandibular completa	$105.00
D5720	Reparación de la dentadura postiza maxilar parcial	$105.00
D5721	Reparación de la dentadura postiza mandibular parcial	$105.00
D5725	Reparación de prótesis híbridas	$105.00
D5730	Reforrado de la dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	$60.00
D5731	Reforrado de la dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	$60.00
D5740	Reforrado de la dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio)	$60.00
D5741	Reforrado de la dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio)	$60.00
D5750	Reforrado de la dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	$95.00
D5751	Reforrado de la dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	$95.00
D5760	Reforrado de la dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio)	$95.00
D5761	Reforrado de la dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio)	$95.00
D5765	Forro blando para dentaduras postizas completas o parciales removibles: indirecta	$95.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), maxilar: *limitada a 1 en 12 meses consecutivos*	$125.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), mandibular: *limitada a 1 en 12 meses consecutivos*	$125.00
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	$30.00
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	$30.00

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES, no cubiertas

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES, no cubiertos

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada póntico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])
- Cuando una corona o un póntico superan las seis unidades en el mismo plan de tratamiento, es posible que el afiliado deba pagar $100.00 adicionales por unidad después de la 6.a unidad.
- El reemplazo de una corona, un póntico, una incrustación, un recubrimiento o un dispositivo dental flexible requiere que el puente existente tenga más de 5 años.

D6210	Póntico: fundido con contenido alto de metales nobles	$395.00
D6211	Póntico : fundido de metal común predominantemente	$295.00
D6212	Póntico: fundido de metal noble	$335.00
D6240	Póntico: porcelana fundida sobre contenido alto de metales nobles	$395.00
D6241	Póntico: porcelana fundida sobre metal común predominantemente	$295.00
D6242	Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	$335.00
D6243	Póntico: porcelana fundida sobre titanio y aleación de titanio	$335.00
D6245	Póntico - porcelana/cerámica	$395.00
D6250	Póntico - con alto contenido de metales nobles	$335.00
D6251	Póntico - resina con metal común predominantemente	$235.00
D6252	Póntico - resina con metal noble	$275.00
D6600	Incrustación inlay - porcelana/cerámica, dos superficies	$345.00
D6601	Incrustación inlay - porcelana/cerámica, tres o más superficies	$365.00
D6602	Incrustación inlay - fundida con contenido alto de metales nobles, dos superficies	$295.00
D6603	Incrustación inlay - fundida con contenido alto de metales nobles, tres o más superficies	$305.00
D6604	Incrustación inlay - fundida con metal común predominantemente, dos superficies	$195.00
D6605	Incrustación inlay - fundida con metal común predominantemente, tres o más superficies	$205.00
D6606	Incrustación inlay - metal noble fundido, dos superficies	$225.00
D6607	Incrustación inlay - metal noble fundido, tres o más superficies	$235.00
D6608	Incrustación onlay - porcelana/cerámica, dos superficies	$340.00
D6609	Incrustación onlay - porcelana/cerámica, tres o más superficies	$375.00
D6610	Incrustación onlay - fundida con contenido alto de metales nobles, dos superficies	$300.00
D6611	Incrustación onlay - fundida con contenido alto de metales nobles, tres o más superficies	$310.00
D6612	Incrustación onlay - fundida con metal común predominantemente, dos superficies	$200.00
D6613	Incrustación onlay - fundida con metal común predominantemente, tres o más superficies	$210.00
D6614	Incrustación onlay - fundida con contenido alto de metales nobles, dos superficies	$220.00

D6615	Incrustación onlay - fundida de metal noble, tres o más superficies	$240.00
D6720	Corona cementada - resina con contenido alto de metales nobles	$335.00
D6721	Corona cementada - resina con metal común predominantemente	$235.00
D6722	Corona cementada - resina con metal noble	$275.00
D6740	Corona cementada - porcelana/cerámica	$395.00
D6750	Corona cementada - porcelana fundida sobre contenido alto de metales nobles	$395.00
D6751	Corona cementada - porcelana fundida en metal común predominantemente	$295.00
D6752	Corona cementada - porcelana fundida en metal noble	$335.00
D6753	Corona cementada - porcelana fundida en titanio y aleaciones de titanio	$395.00
D6780	Corona cementada - 3/4 fundida con contenido alto de metales nobles	$395.00
D6781	Corona cementada - 3/4 fundida con metal común predominantemente	$295.00
D6782	Corona cementada - 3/4 fundida de metal noble	$335.00
D6783	Corona cementada - 3/4 porcelana/cerámica	$395.00
D6784	Corona cementada - 3/4 titanio y aleaciones de titanio	$395.00
D6790	Corona cementada - completa fundida con contenido alto de metales nobles	$395.00
D6791	Corona cementada - completa fundida con metal común predominantemente	$295.00
D6792	Corona cementada - completa metal noble fundida	$335.00
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	$25.00
D6940	Placa de descanso	$50.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por material reconstructivo defectuoso	$70.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

- Incluye evaluaciones preoperativas y postoperativas y tratamientos con anestesia local.

D7140	Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (extirpación por elevación o fórceps)	$14.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere remoción de hueso y/o seccionamiento del diente, e incluye elevación de colgajo mucoperióstico si está indicado	$55.00
D7220	Extirpación de diente traumatizado - tejido blando	$70.00
D7230	Extirpación de diente traumatizado - parcialmente óseo	$95.00
D7240	Extirpación de diente traumatizado - totalmente óseo	$120.00
D7241	Extracción de diente impactado - completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$140.00
D7250	Extirpación de restos radiculares (procedimiento de corte)	$45.00
D7251	Coronectomía - extirpación parcial intencional de diente, solo el diente afectado	$140.00
D7270	Reimplantación y/o estabilización de diente accidentalmente desalojado o desplazado	$130.00
D7280	Exposición de un diente retenido	$120.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o en mala posición para facilitar su erupción	$120.00

D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente traumatizado	Sin costo
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, suave: *no incluye procedimientos de laboratorio de patología*	$40.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	$100.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	$100.00
D7320	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	$120.00
D7321	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones - uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	$120.00
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1,25 cm	Sin costo
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1,25 cm.	Sin costo
D7471	Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$100.00
D7472	Extirpación del torus palatino	$100.00
D7473	Extirpación del torus mandibular	$100.00
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	Sin costo
D7510	Incisión y drenaje de absceso -tejido blando intrabucal	$25.00
D7922	Colocación de vendaje biológico intraocular para ayudar a la hemostasia o a la estabilización del coágulo, por sitio.	Sin costo
D7961	Frenectomía bucal o labial (frenulectomía)	$20.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	$20.00
D7970	Escisión de tejido hiperplásico - por arcada	$80.00
D7971	Escisión de encía periocoronaria	$80.00

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA - No cubierta

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo para dolor dental, por visita	$20.00
D9211	Anestesia troncular regional	Sin costo
D9212	Anestesia troncular en las divisiones del trigémino	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	Sin costo
D9222	Sedación profunda o anestesia general - primeros 15 minutos	$80.00
D9223	Sedación profunda o anestesia general - cada incremento posterior de 15 minutos	$80.00
D9239	Sedación o analgesia moderada (consciente) intravenosa - primeros 15 minutos	$80.00
D9243	Sedación o analgesia moderada (consciente) intravenosa - cada incremento posterior de 15 minutos	$80.00
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o por un médico diferente del dentista o médico que lo solicita	$25.00
D9311	Consulta con un profesional médico del cuidado de la salud	Sin costo

D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario regular) - sin otros servicios realizados	$5.00
D9440	Visita al consultorio - después del horario normal de atención	$35.00
D9450	Presentación del caso, luego de una planificación de tratamiento detallada y abarcativa	Sin costo
D9912	Examen del paciente antes de la visita	Sin costo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa, maxilar	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa, mandibular	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial, maxilar	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial, mandibular	Sin costo
D9943	Ajuste del protector oclusal	$10.00
D9944	Protector oclusal, aparato duro, arco completo: *limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años*	$105.00
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo: *limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años*	$105.00
D9946	Protector oclusal - aparato duro, arco parcial - *limitado a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años*	$105.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$55.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	$105.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas - *limitado a una bandeja de blanqueamiento y gel para dos semanas de autotratamiento*	$125.00
D9986	Cita perdida - *sin previo aviso de 24 horas*	$10.00
D9987	Cita cancelada - *sin previo aviso de 24 horas*	$10.00
D9990	Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas - por visita	Sin costo
D9991	Gestión de casos dentales: abordaje de obstáculos que impiden el cumplimiento de las citas	Sin costo
D9992	Gestión de casos dentales - coordinación de atención	Sin costo
D9995	Atención dental a distancia - sincrónica; encuentro en tiempo real	Sin costo
D9996	Teledentismo - asíncrono; la información se almacena y se envía al dentista para su posterior revisión.	Sin costo
D9997	Gestión de casos dentales: pacientes con necesidades de atención médica especiales	Sin costo

Si el dentista contratado asignado es quien presta los servicios para un procedimiento mencionado, el afiliado paga el copago especificado. Los procedimientos mencionados que requieren que un dentista proporcione servicios como especialista, y son derivados por el dentista contratado asignado, deben tener autorización de Delta Dental. El afiliado paga el copago especificado por dichos servicios.

Delta Dental - ANEXO B

Essence Healthcare

Delta Dental - ANEXO B

ANEXO B

Limitaciones de los beneficios

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se mencionan en el Anexo A, Descripción de beneficios y copagos.

2. Si el afiliado acepta un plan de tratamiento del dentista contratado que incluye cualquier combinación de más de seis coronas, pónticos o pilares de puente, es probable que el afiliado deba pagar un monto adicional de $100.00 por encima del copago mencionado por cada uno de estos servicios después de que se haya proporcionado la sexta unidad.

3. La anestesia general o la sedación/analgesia por vía intravenosa se limita al tratamiento por parte de un cirujano bucal contratado y se requiere una derivación aprobada para la extirpación de uno o más dientes traumatizados parcial o totalmente óseo, (Procedimientos D7230, D7240 y D7241).

Exclusiones de los beneficios

1. Cualquier procedimiento que no se mencione específicamente en el Anexo A, Descripción de beneficios y copagos.

2. Cualquier procedimiento que según el criterio profesional del dentista contratado:

    a. tenga mal pronóstico de resultado y de duración aceptable en función del estado de los dientes o de las estructuras circundantes;

    b. sea compatible con los estándares generalmente aceptados para la atención dental.

3. Los servicios exclusivamente con fines cosméticos, salvo el procedimiento D9975 (Blanqueamiento externo realizado en casa, por arcada), o para afecciones provocadas por defectos hereditarias o de desarrollo, por ejemplo, paladar hendido, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, dientes faltantes a causa de enfermedades congénitas y manchas en los dientes o esmalte insuficiente.

4. Piezas extraviadas o robadas que incluyen, pero sin carácter limitativo, dentaduras postizas totales o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).

5. Procedimientos, piezas o restauraciones si el objetivo fuera cambiar una dimensión vertical o diagnosticar o tratar afecciones anormales de la unión temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ).

6. Metales preciosos para piezas extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, piezas dentarias de porcelana, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales extraíbles o fijas (recubrimientos, implantes y piezas afines), y personalización y adaptación de dentaduras postizas parciales y completas según las necesidades de cada paciente.

7. Materiales y uniones de implantes dentales, colocación de implantes, mantenimiento, extracción y todos los demás servicios asociados con implantes dentales.

8. Consultas de beneficios no cubiertos.

9. Los servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no sea el del dentista contratado asignado, de un especialista dental previamente autorizado, salvo en el caso de los servicios de emergencia descritos en el contrato o en la Evidencia de cobertura.

10. Todos los honorarios de admisión, uso, hospitalización, centros de cirugía ambulatoria, centros de atención extendida u otros centros de atención similares.

11. Medicamentos con receta.

12. Gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes del período de elegibilidad del afiliado para acceder a este plan. Algunos ejemplos: dientes preparados para colocación de coronas, tratamientos de conducto radiculares en curso y dentaduras postizas completas o parciales para las que se hubieran tomado impresiones.

13. Piezas o tratamientos miofuncionales y parafuncionales.

14. Tratamiento o aparatos provistos por un dentista especializado en servicios de prostodoncia.

Servicio de atención al cliente de Essence Advantage Gold

Método	Información de contacto del Servicio de Atención al Cliente
LLAME AL	1-855-996-8422 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-833-407-0025
ESCRIBA A	Essence Healthcare PO Box 5904 Troy, MI 48007
SITIO WEB	www.EverythingEssence.com

Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (SHIP de California)

El Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling & Advocacy Program) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Puede encontrar información sobre SHIP de California en el Capítulo 2, Sección 3 en la sección titulada “Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico” (SHIP), que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare.

Declaración sobre divulgación de la PRA *Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que demuestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Oficial de Autorización de Informes, dirección de entrega de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

Actualización: Ley de Reducción de la Inflación de 2022 — Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

Como parte de la Ley de Reducción de la Inflación de 2022, se avecinan algunos cambios importantes para que sus medicamentos con receta de la Parte B de Medicare sean más asequibles.

- **A partir del 1 de abril de 2023, se reducirá el coseguro de determinados medicamentos con receta de la Parte B.** A partir del 1 de abril de 2023, si el precio de un medicamento con receta de la Parte B ha aumentado a un ritmo superior a la tasa de inflación, reduciremos su coseguro para ese medicamento en una cantidad determinada según las indicaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). CMS le informará Essence Healthcare cuál debería ser su coseguro para ese medicamento. Su coseguro nunca superará el 20%, pero podría ser inferior en función de la información que recibamos de los CMS.

- **A partir del 1 de julio de 2023, habrá un tope en el costo compartido de la insulina de la Parte B.** Para la insulina de la Parte B (insulina administrada a través de una bomba de equipo médico duradero), no pagará más de $35 por un suministro para un mes a partir del 1 de julio de 2023.

Si tiene alguna pregunta o duda, o desea información adicional, comuníquese con Essence Healthcare Servicio de Atención al Cliente al 1-855-996-8422 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Essence Healthcare incluye planes de HMO, HMO-POS y PPO que tienen contratos con Medicare. Essence Healthcare también incluye un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y el programa estatal Medicaid. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato.

ESSENCE HEALTHCARE

Y0027_23-055_C

SERVICIO DE ANTECIÓN AL CLIENTE

LLAME: 1-855-996-8422
Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Servicio de Atención a los Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711
Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

FAX: 1-833-407-0025

CORREO: Essence Healthcare | P.O. Box 5904 | Troy, MI 48007

SITIO WEB: EverythingEssence.com

Essence Healthcare es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Essence Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ESSENCE HEALTHCARE™

DECLARACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE LA PRA

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que demuestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

EL PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Puede encontrar información sobre el HICAP en California en el Capítulo 2, Sección 3.

Y0027_23-055_C