Evidencia De Cobertura

MEDICARE ADVANTAGE | 2027

ESSENCE ADVANTAGE® CHOICE PLUS (PPO)

ESSENCE HEALTHCARE®

Al servicio del área metropolitana de Chicago

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de Essence Advantage Choice Plus (PPO)

En este documento se brindan los detalles acerca de su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare vigente del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

En este documento se explican sus beneficios y sus derechos. Use este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y los costos compartidos de su plan.
- Los beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o con el trato.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Essence Advantage Choice Plus, lo ofrece Essence Healthcare PPO, Inc. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Essence Healthcare PPO, Inc. Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a que

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, los deducibles y los copagos o el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario o la red de proveedores/farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Tabla de contenido

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 6

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Essence Advantage Choice Plus 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 18
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 20
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 21

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 23

SECCIÓN 1 Contactos de Essence Advantage Choice Plus 23
SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare 28
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) 29
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 30
SECCIÓN 5 Seguro Social 31
SECCIÓN 6 Medicaid 32
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 36
SECCIÓN 9 Si tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador 36

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 38

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 38
SECCIÓN 2 Use proveedores de la red y de fuera de la red para obtener la atención médica 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención médica o durante un desastre 43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 45
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 46
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención médica en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 48
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero 49

CAPÍTULO 4: Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 51

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 51
SECCIÓN 2 La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos 54
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 107

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 115

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 115
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 115
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 120
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 122
SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría? 124
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede modificarse durante el año 127
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 130
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 131
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 132
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 134

CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 137

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 137
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Essence Advantage Choice Plus 139
SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 140
SECCIÓN 4 Etapa de Deducible 142
SECCIÓN 5 Etapa de Cobertura Inicial 142
SECCIÓN 6 Etapa de Cobertura Catastrófica 148
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D 148

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 151

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos 151
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 154
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 155

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 157

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y particularidades culturales 157
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 164

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 166

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 166
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 167
SECCIÓN 3 Qué proceso se puede utilizar para su problema 167
SECCIÓN 4 Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones..... 168
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 172
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 181
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una atención hospitalaria como paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto..... 193
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 198
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 203
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes 206

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan 211

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 211
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 211
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 214

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 215
SECCIÓN 5 Essence Advantage Choice Plus debe finalizar la membresía en su plan en ciertas situaciones 215

CAPÍTULO 11: Avisos legales 218

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 218
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 218
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 219

CAPÍTULO 12: Definiciones 220

Inserto de Tarjeta de Beneficios Flexible – ANEXO A 234

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Essence Advantage Choice Plus

Sección 1.1 Está inscrito en Essence Advantage Choice Plus, que es un plan de Medicare PPO

Medicare le da cobertura y usted eligió recibirla para medicamentos y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Essence Advantage Choice Plus. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son distintos de los de Medicare Original.

Essence Advantage Choice Plus es un plan de PPO Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferentes). Como todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Essence Advantage Choice Plus 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. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Essence Advantage Choice Plus desde el 1 de enero de 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Essence Advantage Choice Plus después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe autorizar Essence Advantage Choice Plus cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan, y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para afiliarse a nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Tiene tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio aun si se encuentran ubicadas allí físicamente.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Essence Advantage Choice Plus

Essence Advantage Choice Plus 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 nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Illinois: condados de Cook, DuPage y Will.

Si se muda fuera del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare disponible en su nueva ubicación.

Si se muda o su dirección postal cambia, también es importante que se comunique con el Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

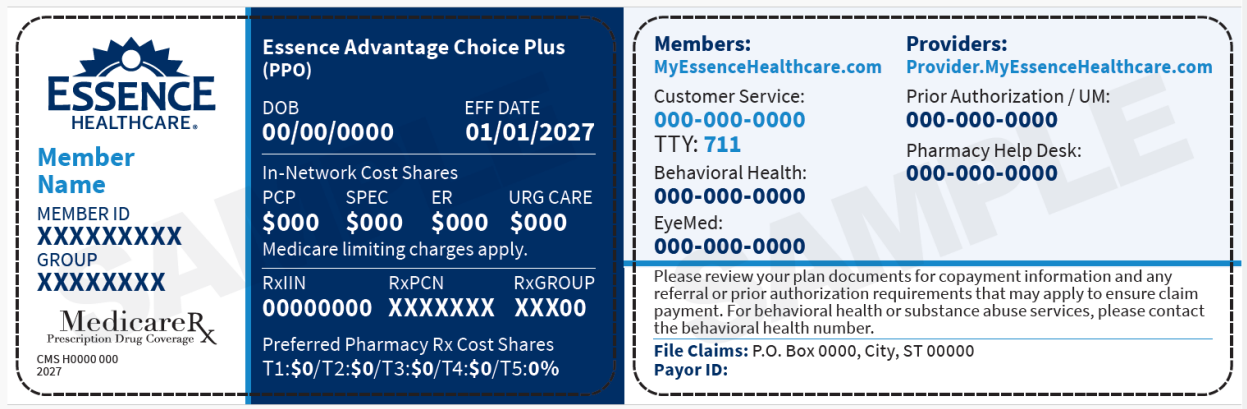
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos o ser un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan médico de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Essence Advantage Choice Plus si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan según este requisito. Essence Advantage Choice Plus debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes sobre la membresía

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



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 Choice Plus, es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es probable que tenga que mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación (también conocidos como ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias (que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com (URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf)) se indican nuestros proveedores actuales de la red y los 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 todos los costos compartidos del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren médicamente necesarios. Sin embargo, si recurre a un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. Para obtener información más específica, consulte el Capítulo 3.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia (en formato electrónico o impreso) de Servicio de atención al cliente al llamar al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las copias impresas del *Directorio de proveedores y farmacias* solicitadas se enviarán por correo dentro de 3 días hábiles.

El Directorio de proveedores y farmacias (que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com (URL directa: Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf)) se indican las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestros planes. Use el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no estén dentro de la red de nuestro plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen costos compartidos preferidos, que puede ser inferior a los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene un *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una copia al Servicio de atención al cliente al llamar al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com. 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 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En esta se indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Essence Advantage Choice Plus. Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos cumple con los requisitos de Medicare. Los medicamentos que se incluyen en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su

Lista de medicamentos a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos Essence Advantage Choice Plus.

La Lista de medicamentos indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actual sobre qué medicamentos están cubiertos, visite MyEssenceHealthcare.com o llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	$49
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para conocer más detalles, consulte el Capítulo 4, Sección 1.2).	De proveedores dentro de la red: $6,700 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $10,000
Consultas al consultorio de atención primaria*	**Dentro de la red** $0 por consulta **Fuera de la red** $50 por consulta

	Sus costos en 2027
Consultas al consultorio del especialista	**Dentro de la red** $25 por consulta **Fuera de la red** 50% de coseguro por consulta
Estadía en un hospital como paciente internado Incluye varias estadías en un hospital como paciente internado, como cuidados intensivos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una estadía en un hospital como paciente internado comienza el día en que ingresa formalmente con una orden del médico y finaliza el día antes de ser dado de alta.	**Dentro de la red** $350 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 al 90. 50% de coseguro: del día 91 en adelante. **Fuera de la red** 50% de coseguro del costo total

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluidas la Etapa de cobertura del deducible anual, la Etapa inicial y Etapa de cobertura catastrófica).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** $700 (Niveles 3-5) excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D **Copagos/coseguro** durante la Etapa de cobertura inicial: **Farmacias preferidas** **Suministro por 30 días** **Nivel de medicamentos 1:** $0 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 2:** $5 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 3:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 4:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 5:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	Sus costos en 2027
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	**Farmacias estándar** **Suministro por 30 días** **Nivel de medicamentos 1:** $4 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Farmacias estándar** **Suministro por 30 días** **Nivel de medicamentos 2:** $15 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 3:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 4:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 5:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Etapa de cobertura catastrófica:** En esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

	Sus costos en 2027
	Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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 multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.3)
- monto de ajuste mensual por ingresos (Sección 4.4)
- monto del Medicare Prescription Payment Plan (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan de Essence Advantage Choice Plus es de $49.

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor.

El programa Ayuda Adicional (Extra Help) ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en el Capítulo 2, Sección 7. Si reúne los requisitos, la inscripción en este programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya* recibe ayuda de uno de este programa, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura* puede no aplicarse en su caso**. Le hemos enviado un anexo por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en la que se describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas acerca de estas primas, revise su ejemplar del manual *Medicare y Usted 2027*, en la Sección que habla de los *costos de Medicare para 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare en (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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 continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para tener la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finalizara su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados. La cobertura válida de medicamentos recetados es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare dado que se

espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura válida de medicamentos recetados o de la Parte D. Por lo general, 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 Choice Plus, le informamos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días consecutivos sin tener una cobertura válida de la Parte D u otra.
- Ha tenido otra cobertura válida de medicamentos recetados por otro medio, como un empleador o sindicato anterior, TRICARE o la Administración de Salud de los Veteranos (VA). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura válida. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín informativo de nuestro plan. Conserve esta información porque puede necesitarla en el futuro si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe establecer que tenía una cobertura válida de medicamentos recetados y que se esperaba que pagase lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no se consideran una cobertura válida de medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos recetados después de llegar a ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará los meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica la cantidad de meses no cubiertos (el porcentaje de la multa) en un 1% de la prima base nacional del beneficiario y, luego, redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. Por

ejemplo, si transcurre 14 meses sin la Parte D u otra cobertura válida, la multa sería del 14% multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.7862. Esto redondeado es $5.80. Esta suma se agregará a **la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

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

- **La multa puede cambiar cada año,** ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Por lo general, 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.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D solo se basará en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para el ingreso por edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la lleva a cabo una organización de evaluación independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar la reconsideración **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, generalmente no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos Mensuales

Es posible que se exija que algunos miembros paguen un cargo adicional, conocido como Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos Mensuales de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula usando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo que informó en la declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto supera una cantidad determinada, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Si desea más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar en función de sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar una IRMAA 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 de Empleados 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 la IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga la IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar una IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Medicare Prescription Payment Plan

Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan, cada mes pagará la prima de su plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan médico o farmacéutico por sus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia). Su factura mensual se corresponde al monto que debe por las recetas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el Medicare Prescription Payment Plan. Si no está de acuerdo con el monto facturado en el marco de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de su plan

Existen cuatro maneras de pagar la prima del plan y cualquier multa 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: Pague 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 88417
Milwaukee, WI 53288-8417

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: Haga que la prima del plan y la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Puede debitar la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social (SSA) o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Acceda al sitio web para miembros (MyEssenceHealthcare.com) para iniciar usted mismo esta solicitud. El enlace al formulario de opción de pago en línea se encuentra en la pestaña “Home” (Inicio) en “Billing Information” (Información de facturación). Comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera.

* Puede tardar un máximo de 90 días en recibir la aceptación de la retención 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 retención por parte de la SSA o la RRB, que deberá pagar usted. Una vez que haya pagado los meses no cubiertos por la SSA/RRB, ya no recibirá una factura mensual si elige esta opción de pago. 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. Acceda al sitio web para miembros (MyEssenceHealthcare.com) para iniciar usted mismo esta solicitud. El enlace al formulario de opción de pago en línea se encuentra en la pestaña “Home” (Inicio) en “Billing Information” (Información de facturación). Su solicitud se procesará en un plazo de 60 días hábiles luego de haber recibido la información bancaria.

Nota: Cualquier saldo previo adeudado se deducirá con el primer mes de la EFT. Por ejemplo, la multa por inscripción tardía de la Parte D correspondiente al mes de mayo se deducirá el 2 de mayo. Si el segundo día es un día no laborable, la prima del plan y la multa por inscripción tardía en la Parte D se deducirán 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.

Opción 4: Pago en Línea

Los pagos con tarjeta de crédito, tarjeta de débito y cheques en línea se pueden realizar de forma segura en línea desde su Portal para miembros a través de Direct Biller. Puede encontrar las instrucciones de pago en línea en MyEssenceHealthcare.com, y también se incluirán con su factura mensual.

Cómo cambiar la manera en que paga su prima del plan. Si decide cambiar la forma de pagar la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago acceda al sitio web para miembros (MyEssenceHealthcare.com) para realizar esta solicitud por su cuenta. El enlace al formulario de opción de pago en línea se encuentra en la pestaña "Home" (Inicio) en "Billing Information" (Información de facturación). Para obtener más información sobre cómo cambiar su método de pago, comuníquese con Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene problemas para pagar la prima del plan

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

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden con sus costos.

Sección 5.2 La prima mensual de su plan no cambiará durante el año

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

Si usted pasa a ser elegible para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) o pierde su elegibilidad para Ayuda Adicional (Extra Help) durante el año, la parte de la prima de su plan que tiene que pagar puede cambiar. Si es elegible para recibir Ayuda Adicional (Extra Help) con los costos de su cobertura de medicamentos, Ayuda Adicional (Extra Help) paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para Ayuda Adicional (Extra Help) durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre Ayuda Adicional (Extra Help).

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado 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 del proveedor de atención primaria (PCP).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier reclamación 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 fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. **(Nota:** No tiene la obligación de contarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algo de esta información cambia, comuníquese con nosotros al llamar a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Se lo conoce como **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 esta información cuidadosamente. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se indica en la lista, llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros

aseguradores le requieran el número de identificación (ID) de miembro de nuestro plan (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primero. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo (el "pagador secundario") solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. 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 o su pareja de hecho siguen trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si 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 por 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

SECCIÓN 1 Contactos de Essence Advantage Choice Plus

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 Choice Plus. Con gusto lo ayudaremos.

Servicio de atención al cliente – Información de contacto	
Teléfono	1-866-597-9560 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil.
Fax	1-888-480-2577
Correo postal	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
Sitio web	MyEssenceHealthcare.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos de la Parte D

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 de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura de atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-866-597-9560 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil.
Correo postal	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
Sitio web	MyEssenceHealthcare.com

Apelaciones de atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Teléfono	1-866-597-9560 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil.
Fax	1-877-770-6440
Correo postal	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
Sitio web	MyEssenceHealthcare.com

Cómo presentar un reclamo sobre la atención médica o los medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de los 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 una queja por su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Reclamos sobre atención médica o medicamentos de la Parte D: Información de contacto	
Teléfono	1-866-597-9560 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil.
Correo postal	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
Medicare Sitio web	Para presentar una queja sobre Essence Advantage Choice Plus directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que considera que deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos un reembolso, o que paguemos la factura del proveedor. Consulte la Sección 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte la Sección 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Teléfono	1-866-597-9560 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil.
Fax	1-888-480-2577
Correo postal	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
Sitio web	MyEssenceHealthcare.com

SECCIÓN 2 Obtener ayuda 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 administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Teléfono	1-800-MEDICARE (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.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de atención médica y proveedores de suministros. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas, y visitas anuales de "Bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles.

	También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre Essence Advantage Choice Plus. **Para presentar una queja ante Medicare,** ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Illinois, el programa SHIP se llama Programa de Seguro Médico para Personas Mayores.

El Programa de Seguro Médico para Personas Mayores es un programa estatal independiente (no asociado a ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

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

Programa de Seguro Médico para Personas Mayores (SHIP de Illinois): Información de contacto	
Teléfono	1-800-252-8966
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
Correo postal	Illinois Department of Aging 555 W. Monroe Street, Suite 1500-S Chicago, IL 60661-3714
Sitio web	ILaging.Illinois.gov/SHIP

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. En Illinois, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commence Health.

Commence Health 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. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención médica que recibió. Los ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica domiciliaria, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Commence Health (Organización para la Mejora de la Calidad de Illinois): Información de contacto	
Teléfono	1-888-524-9900 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local). Sábados, domingos y días festivos de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local) El servicio de buzón de voz está disponible las 24 horas del día.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
Correo postal	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Sitio web	Commencehealthqio.cms.gov

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare. 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, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: Información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Use 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.
Sitio web	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. Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen los siguientes:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (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 (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 (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con el Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois (Illinois Department of Healthcare and Family Services).

Departamento de Atención Médica y Servicios para Familias de Illinois: Información de contacto	
Teléfono	1-866-468-7543 De lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
TTY	1-866-214-8325 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
Correo postal	401 South Clinton St Chicago, IL 60607
Sitio web	HFS.Illinois.gov

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para las personas con ingresos y recursos limitados. 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. Ayuda Adicional (Extra Help) también cuenta para los gastos de su bolsillo.

Si automáticamente reúne los requisitos para la Ayuda Adicional (Extra Help), Medicare se lo comunicará. Si no reúne los requisitos automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda Adicional (Extra Help):

- Visite secure.ssa.gov/i1020/start para presentar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite Ayuda Adicional (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les diga que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Adicional (Extra Help).

Si califica para Ayuda Adicional (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Si desea recibir asistencia para obtener la mejor evidencia posible o si necesita información para proporcionar la evidencia a Essence Healthcare PPO, Inc., llame a nuestro Departamento del Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el monto correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga en exceso su copago, le

reembolsaremos el monto correspondiente, ya sea mediante un cheque o un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo 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. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Adicional (Extra Help) y cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de importancia vital contra el VIH. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el formulario de ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos de Illinois.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de 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 al encargado local de inscripción del ADAP para seguir recibiendo la ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el siguiente programa:

Illinois Medication Assistance Program
525 W. Jefferson St. 1st Floor
Springfield, IL 62761
Teléfono: 1-800-825-3518 (TTY: 1-800-547-0466)
Fax: 217-785-8013
Sitio web: DPH.Illinois.gov

Medicare Prescription Payment Plan

El Medicare Prescription Payment Plan es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos que están cubierto por nuestro plan dividiéndolos en el **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no es necesario que presente una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visite Medicare.gov.

Medicare Prescription Payment Plan – Información de contacto	
Teléfono	1-866-845-1803 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención al público es las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El Servicio de atención al cliente 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-800-716-3231 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 al público es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Correo postal	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166 Esta dirección solo se debe utilizar para consultas generales. Se proporcionarán direcciones adicionales para los formularios de elección en papel y para el proceso de pago.
Sitio web	Express-Scripts.com/MPPP

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados 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 de Empleados Ferroviarios, comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) – Información de contacto	
Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes, de 9 a. m. a 3:30 p. m. y los miércoles, de 9 a. m. a 12 p. m. Presione “1” para 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 Si tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o período de inscripción (o los de su cónyuge o pareja de hecho) del empleador o de jubilados. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el**

administrador de los beneficios del grupo. El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener cobertura en su atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga usted cuando recibe atención, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma de los costos compartidos como pago total. Acordamos 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 recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para la atención médica cubierta por nuestro plan

Como plan médico de Medicare, Essence Advantage Choice Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y siga las normas de cobertura de Medicare Original.

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

- **La atención médica que recibe se incluya en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que usted recibe se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Reciba atención de un proveedor que es elegible para brindar servicios con Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de nuestra red o de fuera de la red (para más información al respecto, consulte la Sección 2).
    - Los proveedores de nuestra red se encuentran en el *Directorio de proveedores y farmacias* (que se encuentra en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com).
    - Si recurre a un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.
    - Nota: Si bien puede obtener atención de un proveedor de fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios recibidos. Antes de recibir los servicios, verifique con su proveedor si es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Use proveedores de la red y de fuera de la red para obtener la atención médica

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

Definición de PCP y qué tipo de servicios presta un PCP

Un proveedor de atención primaria (PCP) puede ser un médico o, en algunos estados, un enfermero especializado, que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Un PCP coordina su atención y tiene un conocimiento más profundo de sus necesidades médicas. El PCP está capacitado y especializado en la prevención de enfermedades, así como en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas. El PCP puede ser el punto de partida para sus necesidades de atención

médica y colaborar con otro profesional de la salud para coordinar su atención, y de ser necesario lo ayuda a encontrar los especialistas adecuados.

Un PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y lo ayudará a coordinarse con otros proveedores cuando necesite una atención más especializada. Esto incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y de cómo avanza. Si cambia de PCP, se recomienda que sus expedientes médicos anteriores sean enviados al consultorio de su PCP.

Como miembro de nuestro plan, **puede** seleccionar un PCP de la red del Directorio de proveedores y farmacias de Essence. También puede optar por ver a un PCP fuera de la red, pero los costos compartidos que paga pueden ser más altos. Si tiene alguna inquietud con respecto a los costos compartidos asociados con una visita al PCP, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo elegir un PCP

Se le pedirá que seleccione un PCP en el momento de la inscripción, momento en el que **podrá** indicar su selección en el formulario de inscripción. Si no selecciona un PCP en el momento de la inscripción, **puede** seleccionar un PCP en cualquier momento llamando a nuestro Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Tenga en cuenta que también puede seleccionar a un PCP fuera de la red como su PCP. **Le recomendamos encarecidamente que seleccione un PCP notificándoselo al Plan para asegurarse de que recibe los copagos de PCP adecuados.** Si tiene alguna inquietud con respecto a los costos compartidos asociados con una visita al PCP, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Para obtener el listado más actualizado de los médicos participantes, visite el sitio web MyEssenceHealthcare.com. Si su PCP actual está fuera de la red del plan, o si no tiene PCP, puede llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si desea ayuda para identificar un PCP de la red.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted necesite encontrar un nuevo PCP. Para cambiar de PCP, llame a nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 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. Por ejemplo:

- 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.

Como miembro de Essence Advantage Choice Plus, no necesita una remisión de su PCP para consultar a un especialista u otro proveedor de atención médica. Si decide utilizar un PCP, su PCP puede dirigirlo a un especialista o a otro proveedor o centro de atención médica de la red.

Para ciertos tipos de servicios, tal vez su PCP, especialista u otro proveedor de la red necesite obtener aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). Para obtener más información acerca de qué servicios exigen autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Cuando 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 nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene algunos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor abandonará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual se retira de nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si tiene asignado ese proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.

- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o a terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones para usted que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro 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 médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención a la QIO, un reclamo al plan por la calidad de la atención, o ambos (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención médica de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen contrato con nosotros no están obligados a tratarlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren médicamente necesarios. Sin embargo, **si recurre a un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor.** Estos son datos más importantes que debe saber para usar proveedores de fuera de la red:

- Puede obtener atención de un proveedor de fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios recibidos. Antes de recibir los servicios, verifique con su proveedor si es elegible para participar en Medicare.
- No necesita una derivación o autorización previa cuando reciba atención de proveedores de fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibe estén cubiertos y sean médicamente necesarios (consulte el Capítulo 9, Sección 4). Esto es importante por los siguientes motivos:

- Si nuestro plan determina que los servicios no están cubiertos o no son médicamente necesarios y usted no tiene una decisión de cobertura previa a la visita, nuestro plan puede negarle la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención médica (consulte el Capítulo 9).

- Es conveniente pedirle al proveedor de fuera de la red que le facture a nuestro plan primero. Sin embargo, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte de los costos compartidos por los servicios cubiertos. O si un proveedor de fuera de la red le envía una factura que usted considera que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos (consulte el Capítulo 7).
- Si usa un proveedor de fuera de la red para atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto de costos compartidos más alto (consulte la Sección 3).

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

Sección 3.1 Obtenga atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o 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 derivación del PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios; y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no es 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 de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención 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 (ID) de miembro.

Servicios cubiertos en 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 los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención 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. Los médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y se hagan planes de atención adicional. El plan cubre la atención médica de seguimiento.

Si recibe atención de seguimiento de proveedores de fuera de la red, pagará costos compartidos más altos.

¿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 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 dicho que no era una emergencia, el monto de costos compartidos que pague dependerá de si recibió la atención de proveedores de la red o de fuera de la red. Si la obtuvo de proveedores de la red, su parte de los costos por lo general será menor que si recibe atención de proveedores de fuera de la red.

Sección 3.2 Obtenga atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su horario, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los

proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

El *Directorio de proveedores y 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.

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 Obtenga 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 atención médica a través de nuestro plan.

Visite MyEssenceHealthcare.com para recibir información sobre cómo obtener la atención médica que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red a los costos compartidos dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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

Si pagó más del costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

Essence Advantage Choice Plus cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan que no sean servicios de urgencia o emergencia, 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. Ese costo no contará para su máximo de gastos de bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de Servicio de atención al cliente.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

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 nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, usted solo es responsable de los costos compartidos dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Tendrá que proporcionarnos la documentación para demostrar cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos ni obtener la aprobación 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 del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Si bien no necesita permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le animamos a que nos comunique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados 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 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre ellos 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 paga su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Medicare Original 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, debe presentar la documentación que demuestre cuánto pagó de costos compartidos. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

> *Ejemplo de* costo compartido *en un ensayo clínico:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Tiene que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 que requiere Medicare Original. Luego debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio por un ensayo clínico calificado y presentar la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor). Entonces, nuestro plan le pagaría $10 directamente a usted. Su pago neto para la prueba es de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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.

- Los artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier persona en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare and Clinical Research Studies,* disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria 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 Enfermería Especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos 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 de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

- La atención o los tratamientos médicos **no exceptuados** se refieren a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario* y *no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- El tratamiento médico **exceptuado** corresponde 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.

- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- 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 hospitalaria como paciente internado o en un Centro 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.

Los límites de la cobertura hospitalaria como paciente internado de Medicare se aplican a este beneficio (consulte el Capítulo 4 de esta Evidencia de Cobertura).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 No podrá quedarse con algunos equipos médicos duraderos 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 que un miembro use en el hogar. El miembro siempre será el propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Debe alquilar otros tipos de DME.

En Medicare Original, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Essence Advantage Choice Plus, generalmente no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos para el artículo de DME según Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas le transferiremos a usted la titularidad del artículo de DME. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

¿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 de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Efectuó 12 o menos pagos consecutivos por un artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que efectuó en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Efectuó 12 o menos pagos consecutivos por un artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estabas en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos para adquirir el artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para el uso de suministros, mantenimiento y equipos de oxígeno

Si usted califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Essence Advantage Choice Plus cubrirá lo siguiente:

- 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 Choice Plus o ya no requiere el equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno se debe devolver.

¿Qué sucede si sale de nuestro plan y regresa a Medicare Original?

Medicare Original exige que el proveedor de oxígeno le brinde servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, el equipo se alquila. Durante los siguientes 24 meses, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido aplicable por el oxígeno). Pasados los 5 años, puede elegir si seguir con la misma compañía o buscar otra. A esta altura, vuelve a comenzar el ciclo de 5 años, incluso si sigue con la misma compañía, por lo que deberá abonar los copagos de los primeros 36 meses una vez más. Si se inscribe en nuestro plan o sale de este, el ciclo de 5 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

La Tabla de Beneficios Médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Essence Advantage Choice Plus. En esta sección también se proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican las limitaciones para ciertos servicios.

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

Los siguientes son los gastos de bolsillo que tal vez tenga que pagar por los servicios cubiertos.

- **Copago:** es la suma fija que usted abona cada vez que recibe determinados servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos 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 pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

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?

En nuestro plan, existen 2 límites diferentes en cuanto a lo que tiene que pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red (MOOP)** es de $6,700. Este es el pago máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores de la red. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos de proveedores dentro de la red cuentan para el cálculo de este monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un símbolo † en la Tabla de Beneficios Médicos). Si pagó $6,700 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá más costos de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte con proveedores de nuestra red. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).
- El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo (MOOP)** es de $10,000. Este es el pago máximo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba tanto de proveedores dentro de la red como de fuera de la red. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para el cálculo de este monto máximo combinado que paga de su bolsillo. (Los montos que usted paga por las primas de su plan y sus medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un símbolo † en la Tabla de Beneficios Médicos). Si pagó $10,000 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año para los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de Essence Advantage Choice Plus, usted cuenta con un factor de protección importante ya que solamente debe pagar el monto de costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos**. 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.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si sus costos compartidos son 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. Por lo general, los copagos serán más altos cuando obtenga atención de proveedores de fuera de la red.
- Si sus costos compartidos son 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 obtiene 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 nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de fuera de 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.
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, entonces usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En las siguientes páginas, la Tabla de Beneficios Médicos enumera los servicios que Essence Advantage Choice Plus cubre y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se describe en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos solo cuando se cumple con estos requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan de MA de atención coordinada debe proporcionar un periodo de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede exigir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de Beneficios Médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen aprobación por adelantado de nosotros (esto suele denominarse autorización previa).
    - Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado para tener cobertura como servicios dentro de la red están marcados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos.
    - Nunca necesita aprobación por adelantado para los servicios con proveedores de fuera de la red.
    - Aunque no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden pedirnos que tomemos una decisión de cobertura anticipada.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Para los beneficios en los que los costos compartidos son un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios.
  - Si obtiene 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 obtiene servicios cubiertos de un proveedor de fuera de 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.
  - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- 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 y Usted 2027*. También puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 estos servicios 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 para algún servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para los miembros con ciertas afecciones crónicas:

- Si le diagnostican las afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para recibir otros beneficios suplementarios específicos o una reducción específica en los costos compartidos:
  - Diabetes
- Para obtener más detalles, consulte la fila *Ayuda con ciertas afecciones crónicas* de la Tabla de Beneficios Médicos que aparece más abajo.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una recomendación de parte de su médico, asociado médico (PA), enfermero especializado (NP) o enfermero clínico especializado (CNS).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva cubierta por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva cubierta por Medicare.
Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: 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 no específico, 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 Los pacientes que demuestren una mejoría tendrán cobertura de 8 sesiones adicionales. Se pueden administrar 20 tratamientos de acupuntura como máximo por año.	**Dentro de la red** $25 de copago por cada consulta de acupuntura cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por consulta de acupuntura cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda (continuación) Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o no presenta remisión. **Requisitos de los proveedores:** Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asociados médicos (PA), enfermeros especializados (NP) o enfermeros clínicos especializados (CNS) 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 District of 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.	
Servicios de ambulancia* Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sean para una situación de emergencia o para una situación que no es de emergencia, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos son para una situación que no es de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. Este beneficio es un beneficio de	**Dentro de la red** $275 de copago por beneficios para servicio de traslado en ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por servicios de traslado en ambulancia aérea cubiertos por Medicare. Este beneficio se aplica a cada viaje de ida. **Fuera de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de ambulancia* (continuación) transporte. Si no se realiza el transporte del beneficiario, no existe ningún servicio cubierto por Medicare. *** Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.**	$275 de copago por beneficios para servicio de traslado en ambulancia terrestre cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Este beneficio 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 anual de bienestar cubierta por Medicare y la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Se limita a un examen físico por año.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el examen físico anual.
Consulta anual de bienestar 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 cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar cubiertas por Medicare.
Medición de masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medición de masa ósea (continuación) osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas por Medicare.
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. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque al corazón en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón	**Dentro de la red** $20 de copago por día para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y servicios de rehabilitación cardíaca intensiva. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación) • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una de 1 hora de duración) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir en un período de tiempo más largo.	
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 (aspirin) si corresponde, medir la presión arterial y brindarle consejos para que usted coma sano.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare.
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).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas por Medicare una vez cada 5 años. **Fuera de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares (continuación)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas por Medicare una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolau cada 12 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	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 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 manual (es decir, mediante el uso de las manos) de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral Quedan excluidos de la cobertura de Medicare los servicios que no sean la manipulación manual de la columna vertebral para la corrección de una subluxación vertebral, incluso la terapia de mantenimiento. La atención quiropráctica se considera terapia de mantenimiento cuando no se puede esperar razonablemente una mejora clínica de la atención continua y la atención quiropráctica se vuelve de apoyo en lugar de correctiva.	**Dentro de la red** $15 de copago por cada consulta a servicios de quiropraxia cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por consultas quiroprácticas cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Examen de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopía no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes sin alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes sin alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopía previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes sin alto riesgo después de que el paciente se haya realizado una colonoscopía de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Prueba de ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible por examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopía o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible por examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopía o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) Exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopía de seguimiento después de que un examen • de detección de cáncer colorrectal no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con el mismo encuentro clínico que la prueba de detección, como consecuencia de este o durante este.	
Servicios dentales* En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de órgano. Puede usarse la Tarjeta de beneficios flexibles para servicios dentales no cubiertos por Medicare (de rutina), incluso servicios de proveedores dentro y fuera de la red. † *** Se podría requerir autorización previa.**	**Cubierto por Medicare:** **Dentro de la red** $25 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. Los servicios cubiertos por Medicare prestados por un cirujano oral pueden requerir autorización previa. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios dentales cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Consulte la Sección de la Tarjeta de beneficios flexibles para obtener más información.
Prueba de detección de depresión	**Dentro de la red** No se requiere coseguro,

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de depresión (continuación) Cubrimos una prueba 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.	copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión cubierta por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión cubierta por Medicare.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos 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. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** 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 los siguientes: • Suministros para monitorear su 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 glucómetros y tiras reactivas para glucosa en la sangre se	**Dentro de la red** $0 de copago por los suministros de control de la diabetes cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para personas con diabetes cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)*	$0 de copago por monitores para la diabetes cubiertos por Medicare. $0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare
obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de las marcas Abbott y Roche. • Se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas para glucosa en la sangre de marcas que no sean Abbott o Roche cuando se obtienen en una farmacia. • Para personas con diabetes que tienen enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida), incluso la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	**Fuera de la red** 50% de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos hechos a medida para personas con diabetes cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro por suministros para monitores para la diabetes cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
***Se requiere autorización previa para algunos artículos (por ejemplo, bombas de insulina, medidores de control continuo de la glucosa y sus suministros asociados, como sensores, transmisores, receptores y lectores).**	$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7). 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	**Dentro de la red** 20% de coseguro por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare. Los costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)* 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 MyEssenceHealthcare.com.	Medicare es del 20% de coseguro cada mes. Después de 36 meses de pagos por el alquiler, los costos compartidos pasan a ser un coseguro del 20% del costo mensual de mantenimiento. Si sigue en el plan tras 5 años de pagos, puede continuar el mantenimiento del equipo actual o solicitar uno nuevo, con lo cual comenzaría un nuevo período de alquiler de 36 meses. **Dentro de la red (continuación)** Si antes de inscribirse en Essence Advantage Choice Plus usted ya había pagado el alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses, los costos compartidos en Essence Advantage Choice Plus son un coseguro del 20% de la tarifa de mantenimiento mensual. **Fuera de la red** 50% de coseguro por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Los costos compartidos para la cobertura del equipo de oxígeno de

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)*	Medicare es un coseguro del 50% cada mes. Después de 36 meses de pagos por el alquiler, los costos compartidos pasan a ser un coseguro del 50% del costo mensual de mantenimiento. Si sigue en el plan tras 5 años de pagos, puede continuar el mantenimiento del equipo actual o solicitar uno nuevo, con lo cual comenzaría un nuevo período de alquiler de 36 meses. **Fuera de la red (continuación)** Si antes de inscribirse en Essence Advantage Choice Plus usted ya había pagado el alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses, los costos compartidos en Essence Advantage Choice Plus son un coseguro del 50% de la tarifa de mantenimiento mensual.
*** Se podría requerir autorización previa.**	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.	$115 de copago por atención de emergencia cubierta por Medicare dentro de los EE. UU. $115 de copago para atención de emergencia fuera de los EE. UU. Si lo ingresan en el mismo hospital dentro de las 24

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de emergencia (continuación) Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para estos servicios cuando se brindan dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	horas por la misma afección, paga $0 por la consulta en la sala de emergencias. Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá recibir la atención como paciente internado 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.
Tarjeta de Beneficios Flexibles La Tarjeta de Beneficios Flexibles (Tarjeta Flex) es una tarjeta de débito que se puede usar para ayudar a disminuir los gastos que paga de su bolsillo por servicios no cubiertos por Medicare (de rutina) en las categorías de servicios dentales, de la audición y de la vista. La Tarjeta Flex se puede utilizar dentro y fuera de la red. Consulte la categoría adecuada para ver los servicios cubiertos. Cualquier saldo no utilizado no se trasladará de un año a otro y vencerá al final del año calendario. Le recomendamos que confirme con el establecimiento o proveedor que acepta la Tarjeta Flex y que la utilice como método de pago para disfrutar de una experiencia sin complicaciones. Si bien no existen restricciones comerciales	Existe un crédito anual de $1,900.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Tarjeta de Beneficios Flexibles (continuación) para los servicios dentales, de audición y de la vista elegibles para la Tarjeta Flex, la aceptación de la Tarjeta Flex puede variar según el comercio o proveedor. Existe un crédito por separado para los productos de venta libre (OTC) suministrados a través de la tarjeta Flex. Este crédito se conoce como crédito de venta libre (OTC). Si bien todas las asignaciones de la Tarjeta Flex se cargan a la misma Tarjeta Flex, el crédito de OTC es independiente del crédito de la Tarjeta Flex que se indica aquí. El crédito de OTC solo se puede usar en artículos OTC cubiertos en tiendas minoristas aprobadas y en la tienda OTC en línea de Essence (consulte la sección de artículos de venta libre de este capítulo para obtener más información). Para obtener detalles e instrucciones adicionales sobre cómo usar y administrar su tarjeta, consulte el Inserto de Tarjeta de Beneficios Flexibles en el Anexo A en la parte posterior de esta EOC. Este inserto proporciona instrucciones paso a paso sobre dónde encontrar preguntas frecuentes (FAQ), cómo usar el Localizador de establecimientos en línea en MyEssenceHealthcare.com para encontrar tiendas aprobadas y un Resumen completo de artículos de venta libre aprobados para ayudarle a identificar productos de venta libre elegibles. La Tarjeta Flex no es una tarjeta de crédito. No puede convertirse en dinero en efectivo, ni utilizarse para pagar las primas de su plan o para servicios no cubiertos de la Tarjeta Flex. Solo puede ser utilizada por el miembro. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por este beneficio. **Si usted cancela su cobertura del plan, ya no puede usar la Tarjeta Flex.**	
Programas educativos sobre salud y bienestar Este plan cubre los siguientes beneficios educativos sobre salud y bienestar: Beneficio de entrenamiento físico y bienestar a través de SilverSneakers®.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los programas educativos sobre salud y bienestar. **Fuera de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • SilverSneakers® le brinda acceso a lo siguiente: ○ Una red nacional de gimnasios participantes y ubicaciones comunitarias[1] con clases grupales de acondicionamiento físico[2] en ubicaciones seleccionadas: inscríbase en tantos como desee. ○ SilverSneakers ofrece clases y talleres en línea en VIVO dirigidos por instructores especialmente capacitados los siete días de la semana: por la mañana, por la tarde y por la noche, así como más de 300 videos de entrenamiento en línea a pedido disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. [1] Los centros participantes (PL) no son propiedad de Tivity Health, Inc. ni sus filiales, ni están gestionados por estas. El uso de las instalaciones y prestaciones de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica de los PL. Las instalaciones y prestaciones varían de un PL a otro. [2]La membresía incluye clases de gimnasia en grupo impartidas por un instructor de SilverSneakers®. Algunos centros ofrecen otras clases a los miembros. Las clases varían según el centro.	50% de coseguro con un beneficio máximo anual del plan de $100 por año calendario para programas de educación sobre salud y bienestar. Usted paga el costo total del servicio por adelantado y envía sus recibos al plan para su reembolso. El plan reembolsará el 50% del costo presentado, hasta un máximo de $100 por año calendario. Una vez que se alcanza este límite, usted es responsable de todos los costos restantes.
Servicios auditivos Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: 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. Los servicios auditivos de rutina cubiertos incluyen lo siguiente: • Exámenes auditivos de rutina, que se pueden realizar aunque no sospeche que tiene un problema auditivo. Ajuste y evaluación para audífonos. Este beneficio se puede usar en un proveedor dentro de la red o fuera de	**Cubierto por Medicare** **Dentro de la red** $20 de copago por examen auditivo cubierto por Medicare. **Cubierto por Medicare** **Fuera de la red** $20 de copago por examen auditivo cubierto por Medicare. **Servicios de audición de rutina** **Dentro de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios auditivos (continuación) • la red, pero la cobertura está limitada a una sola adaptación/evaluación cada dos años calendario. • Audífonos. Nuestro plan proporciona una asignación única para este beneficio cada dos años calendario y se puede usar dentro o fuera de la red. Los beneficios dentro de la red deben obtenerse de un proveedor contratado por plan. Los beneficios fuera de la red pueden obtenerse de proveedores que no estén contratados. Si recibe servicios auditivos cubiertos de un proveedor fuera de la red, el monto que pague puede ser más alto. † **Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.**	$20 de copago por examen auditivo de rutina. † **<u>Servicios de audición de rutina</u>** **Dentro de la red (continuación)** $0 de copago por una adaptación/evaluación de audífonos cada dos años calendario. † $1,000 de asignación para audífonos cada dos años calendario (ambos oídos combinados). La asignación se puede utilizar dentro o fuera de la red. Sin restricciones de red (puede ser a través de una solicitud de reembolso del plan). † **<u>Servicios de audición de rutina</u>** **Fuera de la red** $20 de copago por examen auditivo de rutina hasta el monto permitido. (Usted será responsable de la diferencia entre el monto permitido y el monto presentado).† $0 de copago por una adaptación/evaluación de audífonos cada dos años calendario. † $1,000 de asignación para audífonos cada dos años calendario (ambos oídos combinados). La asignación se puede utilizar dentro o fuera de la red. Sin

Servicio cubierto	Lo que paga usted
La Tarjeta de Beneficios Flexibles se puede usar para servicios de audición no cubiertos por Medicare (de rutina), incluso los servicios recibidos de proveedores fuera de la red cuando esos servicios están cubiertos por el beneficio. †	restricciones de red (puede ser a través de una solicitud de reembolso del plan). † Consulte la Sección de la Tarjeta de beneficios flexibles para obtener más información. †
Ayuda con ciertas afecciones crónicas Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.	**Dentro de la red** $0 de copago por exámenes de los ojos para personas diabéticas realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista. **Fuera de la red** Consulte la Sección de Atención de la vista fuera de la red para conocer la cobertura del examen de la vista.
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. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Servicios de agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir los servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios	**Dentro de la red** $0 de copago por las visitas de atención médica

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de agencia de atención médica domiciliaria (continuación) médicos a domicilio y solicitar que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde estos servicios. El requisito es que usted esté confinado en su casa, lo que significa que salir de casa implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica domiciliaria; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar 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.	domiciliaria cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por visitas de salud a domicilio cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
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, lo siguiente: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con nuestro 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	**Dentro de la red** $0 de copago por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare. 20% de coseguro o el monto ajustado del coseguro del beneficiario según lo dispuesto por los CMS, el que sea menor, para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare utilizados para la terapia de infusión. 20% de coseguro por los suministros y equipos cubiertos por Medicare utilizados para la terapia de infusión. **Fuera de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia de infusión en el hogar* (continuación)	50% de coseguro por la terapia de infusión a domicilio cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro o el monto ajustado del coseguro del beneficiario según lo dispuesto por los CMS, el que sea menor, para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare utilizados para la terapia de infusión (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro por suministros y equipos utilizados para la terapia de infusión cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
*** Se podría requerir autorización previa.**	
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos 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 cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados de enfermos terminales certificados por Medicare que estén en el área de servicio de nuestro plan, incluso los programas que	Cuando se inscribe en un programa de servicios paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos 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 Choice Plus.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados paliativos (continuación) nos pertenecen, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. Su médico del centro de cuidados paliativos 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 lo admiten en un centro de cuidados paliativos, tiene el derecho de permanecer en nuestro plan; si decide hacerlo, debe seguir pagando las primas del plan. **Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un proveedor de cuidados paliativos 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 cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos le facturará a Medicare Original por los servicios que este paga. Usted recibirá la factura de los costos compartidos de Medicare Original. **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 (por ejemplo, si hay algún requisito de autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto de costos compartidos de nuestro plan para los servicios dentro de la red	

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Cuidados paliativos (continuación) • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor. **Para los servicios que están cubiertos por Essence Advantage Choice Plus pero que no están cubiertos por la** **Parte A o B de Medicare:** Essence Advantage Choice Plus 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 de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con los cuidados paliativos de su estado de salud terminal, pagará los costos compartidos. Si están relacionados con los cuidados paliativos de su estado de salud terminal, entonces pagará los costos compartidos de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un centro de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Vacunas Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacuna (o inyecciones) contra la gripe/influenza, una vez cada en cada temporada de gripe/influenza en el otoño e invierno, con vacunas (o inyecciones) adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19 cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Vacunas (continuación) • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene otras afecciones que le pongan en 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 la mayoría de las demás vacunas para adultos en el marco de nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, Sección 7 para obtener información adicional.	las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19 cubiertas por Medicare.
Atención hospitalaria como paciente internado* 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 hospitalaria como paciente internado 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. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • 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	**Dentro de la red** $350 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 al 90. 50% de coseguro: del día 91 en adelante. Los beneficios se aplican a cada internación. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Los beneficios se aplican a cada internación.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención hospitalaria como paciente internado* (continuación) • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias 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, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que • determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro 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 Choice Plus 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 (incluye almacenamiento y administración) • Servicios de médicos **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. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de *Medicare Hospital* Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare) disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. *** Se requiere autorización previa.**	Si recibe atención autorizada durante una internación en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar son los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Servicios en un hospital psiquiátrico como paciente internado*	**Dentro de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios en un hospital psiquiátrico como paciente internado (continuación)* 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.**	$298 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 en adelante. El beneficio se aplica a cada internación. **Fuera de la red** 50% de coseguro por los servicios en un hospital psiquiátrico como paciente internado (según el monto permitido por Medicare). El beneficio se aplica a cada internación. Si usted recibe atención autorizada durante una internación en un hospital fuera de la red después de que se estabilice su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar son los costos compartidos que pagaría en un hospital de la red.
Internación: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) durante una internación 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. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el Centro de Enfermería Especializada	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:

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Internación: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) durante una internación no cubierta (continuación) (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Servicios de 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 • Bragueros para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones para hernias; 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 del habla y terapia ocupacional	• 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
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) que no reciben 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 médica nutricional con Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan de Medicare Advantage o 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	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Terapia médica nutricional (continuación) recetarle estos servicios y renovar su orden cada año si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP estarán cubiertos para las personas elegibles 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP cubierto por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP cubierto por Medicare.
Medicamentos 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 lo siguiente:** • 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 como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes y/o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Consulte con su médico	**Dentro de la red** 20% de coseguro o el monto ajustado del coseguro del beneficiario según lo dispuesto por los CMS, el que sea menor, para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare (que no sean insulina de la Parte B). 20% de coseguro con un costo mensual máximo de $35 por un suministro para un mes de insulina de la Parte B de Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro o el monto ajustado del coseguro del beneficiario según lo dispuesto por los CMS, el que sea menor, para los medicamentos cubiertos por la Parte B de

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)* • qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La Cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • 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. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona con la debida instrucción (puede ser usted, el paciente) con la debida supervisión. • Determinados medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos antieméticos orales: Medicare cubre los medicamentos antieméticos orales que recibe como parte de un tratamiento de quimioterapia para combatir el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se utilizan como	Medicare (que no sean insulina de la Parte B). 20% de coseguro con un costo mensual máximo de $35 por un suministro para un mes de insulina de la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)* • reemplazo terapéutico completo de un medicamento antiemético intravenoso. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfatos bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluso heparina, el antídoto para la heparina, cuando es médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por medio de sondas). También cubrimos algunas vacunas y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura de medicamentos de la Parte B y Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de nuestra Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. *** Se requiere autorización previa para algunos medicamentos de la Parte B de Medicare.**	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso ininterrumpida	**Dentro de la red** No se requiere coseguro,

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso ininterrumpida (continuación) 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.	copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad cubiertas por Medicare.
Servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos 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 por consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingreso • Evaluaciones periódicas	**Dentro de la red** $25 de copago, por consulta, por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Radiografías	**Dentro de la red** $30 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. 20% de coseguro por servicios de radiología

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)* • 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 (incluye almacenamiento y administración) • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica les indica tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, como, por ejemplo: o Estudios de venas y arterias o Electrocardiograma (EKG) o Electroencefalograma (EEG) o Electromiografía o Ecografía doppler o Estudio de conducción nerviosa o Pruebas neuropsicológicas o Prueba de la función pulmonar o Estudio del sueño o Prueba de esfuerzo o Ecografía	terapéutica cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de sangre para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. $0 de copago por mamografías de diagnóstico. $250 de copago por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir radiografías). $0 de copago por colonoscopías de diagnóstico. $50 de copago por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por las radiografías cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare). **Fuera de la red (continuación)** 50% de coseguro por los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)*	50% de coseguro por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). $0 de copago por servicios de sangre para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. $0 de copago por mamografías de diagnóstico. 50% de coseguro por todos los demás servicios radiológicos cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). $0 de copago por colonoscopías de diagnóstico. 50% de coseguro por todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
*** Se podría requerir autorización previa.**	
Observación hospitalaria ambulatoria 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 ambulatoria 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	**Dentro de la red** $345 de copago por estadía para servicios de observación hospitalaria ambulatoria cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación) 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 costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de *Medicare Hospital* Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare) disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
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, lo siguiente: • 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 radiológicos facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos	**Dentro de la red** $345 de copago por estadía para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)* • Ciertos 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 costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. *** Se podría requerir autorización previa.**	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), enfermero clínico especializado (CNS), consejero profesional autorizado (LPC), terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT), enfermero especializado (NP), asociado médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado. Estos servicios incluyen la estimulación magnética transcraneal (TMS) realizada en el consultorio del proveedor y las visitas para la modificación de los medicamentos.	**Dentro de la red** $25 de copago por cada consulta individual de atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare. $20 de copago por cada consulta grupal de atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por consulta individual de atención ambulatoria de salud mental cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare):

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)*	50% de coseguro por consulta grupal de salud mental para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare):
*** Se podría requerir autorización previa.**	
Servicios ambulatorios de rehabilitación Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios ambulatorios de rehabilitación 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).	**Dentro de la red** $35 de copago por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. **Dentro de la red (continuación)** $35 de copago por cada consulta de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare. **Nota:** Se aplicará un copago por separado para terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día. **Fuera de la red** 50% de coseguro por consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro por consulta de fisioterapia y/o sobre patologías del habla y el lenguaje cubiertas por

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios ambulatorios de rehabilitación (continuación)	Medicare (según el monto permitido por Medicare). **Nota:** Se aplicará un coseguro por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.
Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: • Tratamiento ambulatorio del trastorno por consumo de sustancias para individuos • Tratamiento ambulatorio grupal para trastornos por consumo de sustancias *** Se podría requerir autorización previa.**	**Dentro de la red** $25 de copago por cada consulta individual por trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $20 de copago por cada consulta grupal por trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por consulta individual de atención ambulatoria por trastornos por abuso de sustancias cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare): 50% de coseguro por consulta grupal por trastornos por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare):
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para	**Dentro de la red**

Servicio cubierto	Lo que paga usted
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 ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su internación, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos para la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio. *** Se podría requerir autorización previa.**	$345 de copago por cada cirugía cubierta por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. $245 de copago por cirugía cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. **Fuera de la red** 50% de coseguro por cirugía cubierta por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro por cirugía cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio (según el monto permitido por Medicare).
Artículos de venta libre El crédito de venta libre (OTC) se suministra en forma de una tarjeta de débito (Tarjeta de Beneficios Flexibles (Tarjeta Flex)). El crédito para productos de OTC puede usarse únicamente para artículos de OTC, en las tiendas minoristas aprobadas y en la tienda en línea de productos OTC de Essence. Para usar el crédito OTC para artículos OTC cubiertos, use la Tarjeta Flex. El crédito de OTC se acumula trimestralmente. El saldo no utilizado no se trasladará de un trimestre a otro y vencerá al final del año calendario.	$20 por trimestre para usar en artículos de venta libre solamente.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Artículos de venta libre (continuación) **Importante:** Hay un crédito separado para ciertas categorías de servicios que también se suministran a través de la Tarjeta Flex (consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles de este capítulo para obtener más información). Si bien todas las asignaciones de la Tarjeta Flex se cargan a la misma Tarjeta Flex, el crédito de OTC es independiente del crédito de la Tarjeta Flex que se indica en la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles. Para obtener detalles e instrucciones adicionales sobre cómo usar y administrar su tarjeta, consulte el Inserto de Tarjeta de Beneficios Flexibles en el Anexo A en la parte posterior de esta EOC. Este inserto proporciona instrucciones paso a paso sobre dónde encontrar preguntas frecuentes (FAQ), cómo usar el Localizador de establecimientos en línea en MyEssenceHealthcare.com para encontrar tiendas aprobadas y un Resumen completo de artículos de venta libre aprobados para ayudarlo a identificar productos de venta libre elegibles. **Si finaliza la cobertura del plan, el beneficio finaliza automáticamente.** **† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.**	
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos* La *Hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT) o consejero profesional autorizado y es una alternativa a la internación en el hospital. El *servicio intensivo ambulatorio* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) provisto en un departamento hospitalario ambulatorio, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención recibida en el	**Dentro de la red** $55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. $55 de copago por día por servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios de hospitalización parcial

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos (continuación)* consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta licenciado en familia y matrimonios (LMFT) o consejero profesional autorizado, y es una alternativa a la internación parcial en el hospital. *** Se requiere autorización previa.**	cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). 50% de coseguro por servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen: • Atención médica o servicios quirúrgicos médicamente 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 o un especialista, si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen los siguientes: capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios de educación sobre enfermedades renales, servicios de programas de tratamiento de opiáceos, otros servicios profesionales de atención médica, atención de salud mental ambulatoria y visitas grupales e individuales para trastornos por uso de sustancias, servicios de especialistas médicos, servicios de podiatría y servicios de médicos de atención primaria. • Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. No todos los proveedores ofrecen servicios de telesalud.	**Dentro de la red** $0 de copago por cada visita al consultorio de un proveedor de atención primaria de la red cubierta por Medicare. $25 de copago por cada visita al consultorio de un especialista cubierta por Medicare. 20% de coseguro por inyecciones de medicamentos de la Parte B, o equipos médicos duraderos y prótesis/ortopedia si los suministra el médico, además del copago por consulta al consultorio. Rango de $0-$55 de copago por cada consulta virtual/de telesalud. Se aplican los mismos copagos y requisitos de autorización previa para las consultas virtuales/de

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) o Debe comunicarse con su médico para obtener información sobre los servicios de telesalud que ofrecen y cómo programar una visita de telesalud. • 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 en 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 trastorno por abuso de sustancias o trastorno de salud mental concomitante, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental, con las siguientes condiciones: • Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o charla por video) con su médico durante 5 a 10 minutos **si** ocurre lo siguiente: • usted no es paciente nuevo; **y** • la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y** • 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**: • usted no es paciente nuevo; **y** • la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; **y**	telesalud que para las visitas en persona. **Dentro de la red (continuación)** Los servicios dentales que no sean de rutina cubiertos por Medicare prestados por un cirujano oral pueden requerir autorización previa. **Fuera de la red** $50 de copago por cada visita al consultorio de un proveedor de atención primaria de la red cubierta por Medicare. 50% de coseguro por visitas a consultorios de especialistas cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Consulte la Sección 2 del Capítulo 3 para más información sobre los PCP de fuera de la red (OON). 50% de coseguro por inyecciones de medicamentos de la Parte B, o equipos médicos duraderos y prótesis/ortopedia si los suministra el médico, además del copago por consulta al consultorio (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación) • 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 de su historia clínica electrónica. • Segunda opinión de otro proveedor de Medicare antes de la cirugía. *** Se podría requerir autorización previa.**	Los servicios virtuales/de telesalud no están cubiertos.
Servicios de podiatría 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	**Dentro de la red** $25 de copago por cada consulta de podiatría cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por consulta de podiatría cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA, incluso la tarifa por inyectar el medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP cubierto por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH (continuación) • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B	
Exámenes 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)	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba anual del PSA cubierta por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba anual del PSA cubierta por Medicare.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, la prueba, el ajuste o la formación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación y/o sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más información. *** Se podría requerir autorización previa.**	**Dentro de la red** 20% de coseguro para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare, y otros suministros médicos relacionados. **Fuera de la red** 50% de coseguro por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare, y otros suministros médicos relacionados (según el monto permitido por Medicare).
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada a muy grave y *una*	**Dentro de la red** $20 de copago por día por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de rehabilitación pulmonar (continuación) *orden* para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	**Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo inadecuado de alcohol para adultos (incluso para 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.	**Dentro de la red** 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. **Fuera de la red** 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.
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (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, que reciben una orden 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 el examen de	**Dentro de la red** 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. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) detección de cáncer de pulmón y cumplen con los criterios de Medicare para dichas consultas. *Para poder realizarse un examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de un examen de detección inicial con una LDCT:* los miembros deben recibir una orden para realizarse un examen 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 el examen 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.	compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de servicios de salud calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una única vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de hepatitis C cubierto por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de hepatitis C cubierto por Medicare.
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas	**Dentro de la red** No se requiere coseguro,

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación) Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ITS) 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 ITS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones de alta intensidad individuales de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención médica primaria, como en un consultorio del médico.	copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios de diálisis y enfermedad renal incluyen los siguientes: • 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 la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso los tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención médica especial)	**Dentro de la red** $0 de copago por los servicios informativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare. **Fuera de la red** $0 de copago por los servicios informativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación) • 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 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 la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, vaya a **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**	50% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)* (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los Centros de Enfermería Especializada a veces se denominan SNF). El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. El ingreso a un nuevo Centro de Enfermería Especializada (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, lo siguiente: • 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 de nuestro plan de atención médica (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre)	**Dentro de la red** $0 de copago por día, por estadía: del día 1 al 20. $220 de copago por día, por estadía: del día 21 al 100. **Fuera de la red** 50% de coseguro por hospitalización en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) (continuación)* • Sangre (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 radiológicos 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 recibe en los centros de la red. En determinadas circunstancias que se detallan a continuación, tal vez pueda pagar los costos compartidos 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 centro de convalecencia o una comunidad de atención médica continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un Centro de Enfermería Especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital *** Se requiere autorización previa.**	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona asesoramiento. Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisado (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad de arterias periféricas (PAD) sintomática. 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 PAD 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 PAD. • Debe realizarse con la supervisión directa de un médico, un asociado médico (PA) o un enfermero especializado (NP)/enfermero clínico especializado (CNS) 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 médicamente necesario.	**Dentro de la red** $20 de copago por día por los servicios de SET cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% de coseguro por servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de	$40 de copago por consultas de urgencia

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Servicios de urgencia (continuación) urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, teniendo en cuenta su situación de tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Brindamos cobertura internacional.	cubiertas por Medicare dentro de los EE. UU. $115 de copago por consultas de urgencia fuera de los EE. UU.
Atención de la vista Los servicios cubiertos por Medicare incluyen lo siguiente: • 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 los exámenes oculares de rutina (incluso las refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto **(una refracción ocular es la prueba que implica mirar a través de un dispositivo para leer letras a través de diferentes concentraciones. Una refracción ocular solo está cubierta por el plan tal como se describe en los beneficios de visión de rutina que se describen a continuación). • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagamos 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. •	**Cubierto por Medicare** **Dentro de la red** Copago de $25 por cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare. $0 de copago por exámenes de los ojos para personas diabéticas realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista. $0 de copago por 1 par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares)

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista (continuación) • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos (cristales y monturas) o lentes de contacto (dentro o fuera de la red) después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular convencional. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. Lentes correctivos/monturas (y reemplazos) necesarios después de extraer una catarata sin colocar un implante de cristalino.** **Los exámenes oculares de rutina y los anteojos y lentes de contacto posteriores a la cirugía de cataratas deben obtenerse a través de un proveedor de atención de la vista EyeMed para ser considerado un proveedor dentro de la red. **Beneficios de la vista de rutina** Además, cubrimos los siguientes beneficios de la vista de rutina: † • Una evaluación ocular de rutina completa (examen ocular de rutina) por año, que incluye refracciones y dilatación. Este beneficio se puede usar en un proveedor dentro de la red o fuera de la red, pero la cobertura está limitada a un solo examen de la vista de rutina por año**. • Artículos para la vista recetados de uso rutinario: lentes de contacto recetadas o anteojos recetados (montura, lentes o mejoras de lentes) hasta la asignación máxima del plan. Nuestro plan proporciona una asignación única para artículos para la vista de rutina cada año calendario. Solo se cubre un artículo para la vista de rutina por año calendario dentro o fuera de la red. La asignación no proporciona ningún saldo restante para su uso futuro dentro de la frecuencia del beneficio. Consulte la Sección 3 del Capítulo 4 (Servicios no cubiertos por nuestro plan (exclusiones)) para obtener detalles adicionales.	después de cada cirugía de cataratas. **Cubierto por Medicare** **Dentro de la red (continuación)** $0 de copago por 1 par de monturas de anteojos cubiertas por Medicare o 1 par de lentes de contacto cubiertas por Medicare después de cada cirugía de cataratas. **Cubierto por Medicare** **Fuera de la red** 50% de coseguro por cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). $0 de copago por 1 par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) después de cada cirugía de cataratas. $0 de copago por 1 par de monturas de anteojos cubiertas por Medicare o 1 par de lentes de contacto cubiertas por Medicare

Servicio cubierto	Lo que paga usted
Atención de la vista (continuación) **Las refracciones oculares solo están cubiertas cuando se proporcionan como parte de un examen ocular de rutina. Los beneficios dentro de la red deben obtenerse de un proveedor de atención de la vista contratado por EyeMed. Los beneficios fuera de la red pueden obtenerse de proveedores de atención de la vista que no estén contratados por EyeMed. Si recibe servicios de la vista de un proveedor de atención de la vista de fuera de la red, el monto que pague puede ser más alto. La Tarjeta de Beneficios Flexibles se puede usar para la atención de la vista no cubierta por Medicare (de rutina), incluso los servicios recibidos de proveedores fuera de la red cuando esos servicios están cubiertos por el beneficio. †	después de cada cirugía de cataratas. **Atención de la vista de rutina** **Dentro de la red** $0 de copago por un examen ocular de rutina por año calendario realizado a través de EyeMed.† **Atención de la vista de rutina** **Dentro de la red (continuación)** La asignación máxima del plan para artículos para la vista de rutina es de $175 cada año calendario (combinado dentro y fuera de la red). **Atención de la vista de rutina** **Fuera de la red** $0 de copago por examen de la vista de rutina cubierto hasta el monto permitido. (Usted será responsable de la diferencia entre el monto permitido y el monto presentado). † La asignación máxima del plan para artículos para la vista de rutina es de $175 cada año calendario

Servicio cubierto	Lo que paga usted
† Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.	(combinado dentro y fuera de la red). Consulte la sección sobre la Tarjeta de Beneficios Flexibles para más información. †
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre una única consulta preventiva *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 (inyecciones)) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Dentro de la red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* cubierta por Medicare. **Fuera de la red** No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare cubierta por Medicare*.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna situación o están cubiertos solo en situaciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto en las situaciones específicas que se enumeran debajo. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura.	Se cubren consultas limitadas con proveedores certificados para alivio del dolor crónico en la parte baja de la espalda. (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda) para obtener más información).
Dispositivos de asistencia para la audición.	No cubiertos en ninguna situación
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 funcione con corriente alterna.	No cubiertos en ninguna situación
Tensiómetros.	Cubierto si se recibe diálisis renal a domicilio.
Lentes para cirugía de cataratas.	Lentes premium no cubiertos en ninguna situación.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	Medicare cubre lentes estándar. (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (atención de la vista) para más información).
Programa comercial de pérdida de peso, que incluye, entre otros: Nutrisystem y Weight Watchers.	No cubiertos en ninguna situación
Exenciones de copagos y costos compartidos.	No cubiertos en ninguna situación
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.
Cuidado custodial. El cuidado custodial 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.	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental.	(Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (Atención dental) para obtener más información).
Dispositivos o sistemas para la erección o la anticoncepción.	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.	Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 (estudios de investigación clínica) para obtener más información).
Los cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Fitbits, relojes Apple, teléfono móvil o teléfono inteligente.	No cubiertos en ninguna situación
Equipo de acondicionamiento físico, accesorios, ropa de ejercicio, dispositivos portátiles, equipo de ejercicio en el hogar, suplementos nutricionales, entrenamiento personal, ligas especializadas de deportes o pasatiempos, tarifas de clubes recreativos.	(Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (programas educativos sobre salud y bienestar) para obtener más información). La cobertura fuera de la red se limita a los servicios y las ofertas que también están cubiertos dentro de la red.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de salud en el hogar.	Medicare cubre la atención de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente médicamente necesaria.
Los servicios de tareas domésticas incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas livianas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación
Artículos no definidos como equipo médico duradero, que pueden incluir botellas de agua caliente, dispositivos para alcanzar o agarrar objetos, pelucas, equipo de	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
ejercicio, dispositivos de alerta o alarma, dispositivos para el baño, la bañera o el inodoro, mesa de cama o accesorios, sillas reclinables, hidromasaje o bañera, sillas o asientos de ducha y equipo de sujeción y seguridad.	
Artículos cubiertos por Medicare de proveedores no inscritos en Medicare. Un proveedor no inscrito en Medicare es un comerciante que no está inscrito en Medicare, por ejemplo, minoristas como Amazon y Walmart.	Medicare no cubre estos artículos bajo ninguna condición.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo de ese aparato. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Compras de venta libre, que incluyen, entre otros, artículos de cuidado personal o de higiene, como ropa interior, pañales o almohadillas de incontinencia, papel higiénico, pasta de dientes, toallitas para bebés y cortaúñas.	Medicare no cubre estos artículos bajo ninguna condición. Nuestro plan cubre artículos de venta libre como se describe en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 como un beneficio complementario. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (artículos de venta libre) para obtener más información).
Dispositivos personales de emergencia, incluidos, entre otros, los siguientes: Life Alert, Mobile Help, Lively Mobile.	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Objetos personales en su habitación del hospital o Centro de Enfermería Especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación
Modificaciones físicas en su residencia, incluidas, entre otras, las siguientes: detectores de humo, rampas de acceso, salvaescaleras e instalación de elementos cubiertos.	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente.	No cubiertos en ninguna situación
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención quiropráctica de rutina.	Solo están cubiertos los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare: Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación vertebral. Los servicios de quiropráctico excluidos de la cobertura de Medicare no están cubiertos bajo ninguna condición. Se excluyen de la cobertura de Medicare los servicios que no sea la manipulación manual de la columna vertebral para la corrección de una subluxación vertebral, que incluye lo siguiente: • Otros cuidados quiroprácticos diagnósticos o terapéuticos, incluso modalidades y radiografías. • Terapia de mantenimiento. La atención quiropráctica se considera terapia de mantenimiento cuando no se puede esperar razonablemente una mejora clínica de la atención continua y la atención quiropráctica se vuelve de apoyo en lugar de correctiva. • Cargos adicionales cuando el quiropráctico usa un dispositivo manual para agregar presión o fuerza controlada durante el tratamiento.
Exámenes de la vista de rutina y artículos para la vista.	(Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (atención de la vista) para más información). No cubiertos en ninguna situación: Artículos o suministros sin receta, artículos para la vista de seguridad, dispositivos especializados (por ejemplo, ayudas para la visión subnormal o para la baja visión, dispositivos electrónicos de visión, etc.), reemplazo de artículos perdidos o rotos, o capacitación o servicios ortopédicos o de visión. Artículos adicionales para la vista recetados de rutina (cubrimos un artículo para la vista de rutina por año calendario. Este artículo puede ser lentes de contacto recetadas o anteojos recetados

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	(montura, cristales o mejoras de lentes); cualquier artículo para la vista de rutina adicional comprado no está cubierto).
Cuidado de rutina de los pies.	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos, baterías de audífonos o exámenes para ajustar audífonos.	Medicare cubre los exámenes de audición de diagnóstico y los exámenes de equilibrio si lo ordena un médico. (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (Servicios auditivos) para obtener más información).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Medicare Original.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios que se prestan en la fecha de rechazo y restablecimiento de la reclamación de un proveedor sobre la lista de exclusión de los CMS, o entre estas fechas.	No cubiertos en ninguna situación
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 de 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 (OIG)/Sistema para la Administración de Donaciones (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.
Servicios prestados por los proveedores que figuran en la lista	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC).	
Servicios de transporte.	Todas las formas de servicios de transporte (excepto servicios de ambulancia), incluidos, entre otros: servicios de taxi, servicios de viaje compartido (Lyft, Uber, etc.) u otras formas de transporte privado o público. No cubiertos en ninguna situación Servicios de ambulancia (Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de Beneficios Médicos (Servicios de ambulancia) para obtener más información).

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para ver los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos en un centro de cuidados paliativos.

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro médico prescriptor) debe darle una receta que sea válida según las leyes estatales pertinentes.
- El médico prescriptor no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Generalmente, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados o puede obtenerlos a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan (consulte la Sección 2).
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la FDA o avalado por determinadas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médica aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre en qué casos

cubrimos los medicamentos recetados 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 nuestro plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de proveedores y farmacias* (que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com *(URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf) y/o llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia que ofrece costos compartidos estándares. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre qué gastos que paga de su bolsillo podrían variar para diferentes medicamentos.

Si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Si la farmacia que usa permanece en nuestra red, pero ya no ofrecen costos compartidos preferidos, tal vez desee cambiar a una farmacia de la red o preferida distinta, si hay disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos recetados 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 dificultades para obtener

medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que brinden servicios al Indian Health Service/al Programa de Salud Indígena Tribal y Urbano (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 FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias (que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com (URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf) o llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro 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. Estos medicamentos están marcados como **medicamentos "MO"** en nuestra Lista de medicamentos para indicar que son elegibles para pedidos por correo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan permite que pida un suministro de ***al menos* 30 días del medicamento para medicamentos de los Niveles 1 a 5 y un suministro de *no más de* 90 días de los medicamentos del Nivel 1 al Nivel 4.**

Para obtener información sobre cómo surtir sus medicamentos recetados por correo, llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Por lo general, el pedido de la farmacia de pedidos por correo le llegará en 14 días como máximo. Si se demora su pedido, comuníquese con el Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le ayudarán a conseguir un suministro para corto plazo de su medicamento.

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, en los siguientes casos:

- 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 telefónica de Express Scripts al 1-800-987-4918 (TTY: 1-800-899-2114).

Si recibe una 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 recetado nuevo, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedidos por correo de Express Scripts al 1-800-987-4918 (TTY: 1-800-899-2114).

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se pondrá en contacto 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 lo contacte la farmacia, a fin de informarles si deben enviar, demorar o cancelar 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 a la farmacia de pedidos por correo Express Scripts al 1-800-987-4918 (TTY: 1-800-899-2114).

Resurtidos de recetas para pedido por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia lo contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si tiene medicación suficiente o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de quedarse sin medicamentos recetados. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su inscripción en nuestro programa de preparación automática de resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia

de pedidos por correo Express Scripts al 1-800-987-4918 (TTY: 1-800-899-2114).

Si vuelven a surtirle un medicamento automáticamente por correo y no lo quiere, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 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. Su *Directorio de proveedores y farmacias (que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf) se indican las farmacias en nuestra red que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
2. También puede recibir los medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

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. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Verifique primero con Servicio de atención al cliente al **1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

- Si los medicamentos recetados están relacionados con la atención de emergencia o urgencia médica.
- Si no puede conseguir un medicamento cubierto en el debido tiempo dentro de nuestras áreas de servicio porque no hay farmacias de la red dentro de una distancia en automóvil razonable que le proporcionen un servicio de 24 horas.

- Si está tratando de adquirir un medicamento recetado que no se encuentra disponible habitualmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de pedidos por correo (incluidos los medicamentos especiales y los de costo alto).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que se pueden surtir y administrar en el consultorio de su médico.
- Si se trata de un medicamento autoadministrado suministrado en régimen ambulatorio.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no los costos compartidos habituales) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan). Es posible 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.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (*formulario*).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos.**

Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple los requisitos de Medicare y tiene la aprobación de Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos en virtud de la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos 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 médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento *que*:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual se lo recetó.
- Esté apoyado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre de marca comercial perteneciente al fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando decimos “medicamentos”, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y suele costar menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que el plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costos compartidos para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel, 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 preferidos
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de especialidad (nivel más alto)

Para saber en qué nivel de costos compartidos está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

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

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (MyEssenceHealthcare.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan (disponible en MyEssenceHealthcare.com al seleccionar la pestaña "Coverage and Benefits" (Cobertura y beneficios) y, luego, el recuadro "Prescription Drugs" (Medicamentos recetados)) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener un cálculo de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo 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 de nuestro 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 variar según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento que haya indicado el proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg, uno por día o 2 por día, comprimidos o líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor debe seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene 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 de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad del medicamento y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o *estarán disponibles en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com (URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ESIPriorAuthorizationRequirements.pdf).

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 nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia

escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o *estarán disponibles en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com (URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ESIStepTherapyRequirements).

Límites de cantidad

En el caso de algunos medicamentos, limitamos la cantidad 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 recetado a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría?

Existen situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento pueda tener 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.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que sus costos compartidos sean más caros de lo que usted cree que deberían ser.

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que le significa un costo mayor al que usted piensa que le corresponde, vaya a la Sección 5.1 para saber qué puede hacer.

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

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro 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 ya está tomando. El suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

A fin de ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **debe presentar en este momento algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de membresía en nuestro plan**.**
- **Si estaba en nuestro plan el año anterior,** cubriremos un suministro temporal del medicamento los primeros **90 días** del año calendario.
- El total del suministro será por un máximo de 30 días. Si su medicamento recetado está indicado para menos días, permitiremos que realice varios resurtidos por un máximo de 30 días de suministro de medicamentos. El medicamento recetado 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 de nuestro plan por más de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su medicamento recetado está indicado para menos días. Esto es aparte del suministro temporal antes mencionado.
- **Los miembros que cambian de nivel de atención (entorno) estarán autorizados a recibir hasta un suministro de transición de 30 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 alguna pregunta sobre un suministro temporal, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Sección 5.1 ¿Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera demasiado elevado?

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al Servicio de

atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos 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 ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 le dice qué hacer. Explica los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

Los medicamentos de nuestro Nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costos compartidos para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra 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, nuestro plan podría hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por la versión genérica.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea

periódicamente. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que lo afectan durante este año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios de inmediato en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si estamos añadiendo una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos hacer estos cambios inmediatamente y comunicárselo más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que estamos haciendo cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambos. La versión del medicamento que añadamos estará en el mismo nivel de costos compartidos o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones.
    - Haremos estos cambios solo si estamos agregando una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregando ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Retirar los medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se han quitado del mercado**
    - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, es posible que se elimine inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.
- **Realizar 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, basados en las advertencias de recuadro de la FDA o pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con su médico prescriptor sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando. Usted o su médico prescriptor pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que hagamos algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen en la sección anterior. En estos casos, el cambio no le aplicará si está tomando el medicamento cuando se produce el cambio; sin embargo, es probable que esos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Cambiamos su medicamento a un nivel de costos compartidos superior.
- Imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto en caso de retiro del mercado, un medicamento genérico que sustituye a un medicamento de

marca u 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.

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (excepto en el caso de algunos medicamentos excluidos que están cubiertos por la cobertura para medicamentos mejorada). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para más información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura de 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 cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el *uso fuera de lo indicado* de un medicamento cuando dicho uso no esté apoyado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. El *uso fuera de lo indicado* se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

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 costos compartidos).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad

- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor
- Medicamentos que se utilizan 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 exige como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren solo al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre. Los medicamentos mejorados cubiertos por el plan están cubiertos a un nivel de costo compartido de Nivel 2 a través de todas las etapas de cobertura e incluyen la cobertura de medicamentos recetados para la tos (benzonatato), ciertas vitaminas recetadas y cantidades limitadas de medicamentos recetados seleccionados para el tratamiento de la disfunción eréctil (ED). Revise la Lista de medicamentos para conocer los requisitos o límites específicos de cobertura de medicamentos. El monto que paga para estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de Cobertura Catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 6).

Además, si está **recibiendo Ayuda Adicional (Extra Help) de parte de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, Ayuda Adicional (Extra Help) no pagará los medicamentos que por lo general no se cubren. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si recibe cobertura para pagar medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados 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. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir una receta, proporcione la información de la membresía de nuestro plan, que figura en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo del medicamento. Usted

debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

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

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire.** Entonces puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o un Centro de Enfermería Especializada para una internación que cubre nuestro plan, generalmente, cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la internación. Una vez que salga del hospital o Centro de Enfermería Especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (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 es residente de un centro LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias (que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com* (*URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf) para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. De no ser así o si necesita más información o ayuda, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro 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.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, por favor comuníquese con **el administrador de los beneficios del grupo.** Puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de un empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que le brindemos será *secundaria* a su cobertura grupal. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre cobertura válida:

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

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

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura válida porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura válida. Si no recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del grupo de su empleador o de jubilados, o al empleador o el sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

El centro de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, medicamentos para aliviar el dolor o ansiolíticos) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico prescriptor o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. A fin de evitar demoras para recibir estos medicamentos que deben estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor o al médico prescriptor del centro de cuidados paliativos que le proporcione una notificación antes de surtir la receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o que reciba el alta de este, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de cuidados paliativos 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

Llevamos a cabo revisiones de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

- Posibles errores de medicación.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar 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 para 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 10.1 Programa de Gestión de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad sus medicamentos opioides

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen usarse inapropiadamente. Este programa se denomina Programa de Gestión de Medicamentos (DMP). Si usted toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos prescriptores o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos prescriptores para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos prescriptores, si decidimos que su uso de medicamentos recetados

con opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, estas serán las limitaciones:

- 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 prescriptores determinados.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que cubrimos para usted.

Si planificamos limitar la manera en que recibe estos medicamentos o la cantidad que recibe, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos su cobertura para estos medicamentos o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un médico prescriptor o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos que recetan o farmacias prefiere utilizar y brindarnos cualquier otra información que considere 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 cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y su médico prescriptor tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la nueva 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 el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si recibe cuidados en un centro de cuidados paliativos, de hospicio o terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (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 nosotros a fin de ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que padecen ciertas afecciones crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de costos de medicamentos o que están dentro de un DMP para ayudarles a utilizar con seguridad los medicamentos opioides pueden recibir los servicios

mediante un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud puede darle un resumen integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que contiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe dar para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, la cantidad que toma, así como cuándo y por qué los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Sería conveniente que hable con su médico sobre la lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga la lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, con su identificación (ID)) 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, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **algunas partes de la información en esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D pueden no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un anexo por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en la que se describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Usamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. 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, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas que debe seguir para obtener los medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas normas. Cuando utiliza la "Real-Time Benefit Tool" (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (en nuestro sitio web MyEssenceHealthcare.com al seleccionar la pestaña "Coverage and Benefits" (Cobertura y beneficios) y, luego, el recuadro "Prescription Drugs" (Medicamentos recetados)), el costo que ve muestra un cálculo de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" al llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que tal vez tenga que pagar por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D cubiertos que se le puede pedir que pague:

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de bolsillo. Estas son las normas que debe seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa de Deducible
  - Etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado para sus medicamentos por Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleador o sindicato, Indian Health Service, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,400 en el año calendario, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual del plan

- 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 de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos y vacunas recetados 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 de Medicare normalmente no cubre
- Los pagos que haga por medicamentos no están cubiertos, en general, en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos bajo el Programa de Descuentos de Fabricantes

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos anteriormente, paga parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, debe informarlo a nuestro plan al llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento de sus costos totales de bolsillo

- El informe de la *Descripción de Beneficios (EOB)* de la *Parte D* que recibe incluye el total actual de los gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le dirá que ha pasado de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para conocer lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de Essence Advantage Choice Plus

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** en su cobertura de medicamentos de Essence Advantage Choice Plus. El monto que paga por cada receta depende de la etapa en la que se

encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa de Deducible Anual**
- **Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial**
- **Etapa 3: Etapa de Cobertura Catastrófica**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos recetados y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Hacemos un seguimiento de 2 tipos de costos:

- **Costos de bolsillo:** esta es la cantidad que pagó. Esto incluye lo que pagó cuando recibió un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare, planes de salud de una empresa o un sindicato, el Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones de caridad y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia de Farmacia (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos de la Parte D cubiertos.

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *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 recetados 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.
- **Importe total del año desde el 1 de enero.** Esto indica el costo total de los medicamentos y todos los pagos por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios de precio desde la primera vez que se obtuvo el medicamento para cada reclamación de medicamentos recetados que tenga la misma cantidad.

- **Disponibilidad de otros medicamentos recetados más económicos.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 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 obtenga un medicamento recetado.** Esto nos permite asegurarnos de que sabemos qué recetas obtiene y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que quizás pague el costo total de un medicamento recetado. En esos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a hacerlo, entréguenos copias de sus recibos. **Ejemplos de cuándo debería darnos las copias de los recibos de sus medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando hace 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 o cuando 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 nos corresponde del costo. Para saber cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan efectuado por usted.** Los pagos efectuados por otras personas o ciertas organizaciones también cuentan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y las organizaciones benéficas se calculan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree

que falta algo o tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de Deducible

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primer medicamento recetado en el año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance la cantidad del deducible de nuestro plan, que es de $700 para 2027. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. Pagará un deducible anual de $700 en medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de especialidad). **Usted debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de especialidad)** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos inferiores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que haya pagado $700 por sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de especialidad), pasará de la Etapa de Deducible a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Etapa de Cobertura Inicial

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, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (el monto del copago *o* del coseguro). Su parte del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos recetados.

Nuestro plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos 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 preferidos
  Usted paga no más de $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
  Usted paga no más de $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5: medicamentos de especialidad (nivel más alto)
  Usted paga no más de $35 por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos estándares. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y el surtido de sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan *(que estará disponible en nuestro sitio web a partir del 15 de octubre de 2026 en MyEssenceHealthcare.com (URL directa:* Shared.portals.lumeris.io/2027/EHI/2027-EHI-ProviderDirectoryCHIPPOH6200009010011.pdf).

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costos compartidos.

En ocasiones, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo del medicamento en vez del copago.

Sus costos cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (Hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos para farmacias minorista preferidas (dentro de la red) (Hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos para pedidos por correo (Hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (Hasta 31 días de suministro)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). (Hasta 30 días de suministro)
Nivel de costos compartidos 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	$4 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$4 de copago	$4 de copago
Nivel de costos compartidos 2 (Medicamentos genéricos)	$15 de copago	$5 de copago	$5 de copago	$15 de copago	$15 de copago

Nivel	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (Hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos para farmacias minorista preferidas (dentro de la red) (Hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos para pedidos por correo (Hasta 30 días de suministro)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (Hasta 31 días de suministro)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). (Hasta 30 días de suministro)
Nivel de costos compartidos 3 (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel de costos compartidos 4 (Medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel de costos compartidos 5 (Medicamentos de especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

No pagará más de $35 por suministros para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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 cubre el suministro para un mes completo. En ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, si es la primera vez que prueba el medicamento). También puede pedirle a su médico que receta y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido del plan.

Si recibe un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro para un 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, el costo será menor, ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga la cantidad de días del medicamento que recibe en vez de un mes completo. Calculamos el monto que pague por día por su medicamento (la tasa de costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

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

En ocasiones, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo del medicamento en vez del copago.

Sus costos por un suministro *a largo plazo* (de hasta 90 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos para farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costos compartidos para pedidos por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel de costos compartidos 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	$12 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel de costos compartidos 2 (Medicamentos genéricos)	$45 de copago	$15 de copago	$10 de copago
Nivel de costos compartidos 3 (Medicamentos de marca preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel de costos compartidos 4 (Medicamentos no preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel de costos compartidos 5 (Medicamentos de especialidad)	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5	El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos del Nivel 5

No pagará más de $70 por suministros para hasta 2 meses o $105 por suministros para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los $2,400 en el año

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los $2,400. A continuación, pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente el Plan de Medicamentos Recetados de Medicare no cubre. Los pagos efectuados por estos medicamentos no se contabilizarán en sus gastos de bolsillo totales.

La *EOB de la Parte D* que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y nuestro plan, así como cualquier otro tercero, gastaron en sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de $2,400 de gastos de bolsillo en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de Cobertura Catastrófica

Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D Usted entra en la etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han llegado al límite de $2,400 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.

- En esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Para los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga el mismo monto de costos compartidos que en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cobertura y costos compartidos para vacunas específicas.

Hay 2 partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la administración de la vacuna).

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de 3 factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
   - La vacuna se puede administrar en una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Como opción, un proveedor puede administrársela en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en que se encuentra.

- Cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total del medicamento y del proveedor que le administró la vacuna. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que nos corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, paga solo su parte del costo por el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

A continuación se dan 3 ejemplos de maneras en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se le administra la vacuna de la Parte D en una farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada.

- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la 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, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de la administración por parte del proveedor.
- Entonces, puede solicitar a nuestro plan que paguemos la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí misma.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total por este servicio.
- Entonces, puede solicitar a nuestro plan que paguemos la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

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

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. En otras ocasiones, usted puede pagar más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, usted puede pedir a nuestro plan que le reintegre (reembolsarle el dinero). 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 tenga que cumplir determinados plazos para recibir 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 por más de lo que le corresponde de los costos compartidos. Primero, intente que el proveedor le arregle la factura. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en vez de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si el proveedor está contratado, aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

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 un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Cuando reciba atención de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser más alta para los proveedores fuera de la red que para los proveedores dentro de la red). Pídale al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde a nuestro plan.

- Los proveedores de emergencias están obligados por ley a brindar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo por los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. 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.
- Si bien puede obtener atención de un proveedor de fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Con la excepción de la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios recibidos.

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 a nuestro 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 tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como facturación de saldos. Esta protección (que usted nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio e 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 nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos la documentación (p. ej., recibos o facturas) correspondiente para el reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

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

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 2.4 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le devolvamos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva su tarjeta de miembro de nuestro plan

Si usted no lleva su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame a nuestro plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. 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 recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo que usted pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado 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 de nuestro plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total que usted pagó si el precio en efectivo que usted pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **determinación de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede pedirnos un reembolso al enviar una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación 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. Estos son los datos obligatorios que se necesitan para tomar una decisión:
    - Fecha de servicio
    - Nombre y dirección del proveedor
    - Identificación (ID) tributaria/NPI

- Descripción de los servicios
- Descripción de la enfermedad/lesión
- Montos cobrados/pagados
- Facturas detalladas
- Comprobante de pago

- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (MyEssenceHealthcare.com) o llame a Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

Essence Healthcare
P.O. Box 5907
Troy, MI 48007

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

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 nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior a nuestro precio negociado). 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. Le enviaremos una carta en la que se le expliquen las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos el medicamento o la atención médica, en su totalidad o en parte, 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.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y particularidades culturales

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Customer Service at 1-866-597-9560 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost-sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost-sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Customer Service at 1-866-597-9560 (TTY users call 711). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que le resulte útil y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.).

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, discapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación, así como el uso de teletipos o conexiones TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno, si así lo necesita. Estamos obligados a facilitarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que le resulte útil, llame a Servicio al Cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe ofrecer a las afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina.

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad determinada, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos correspondientes a los servicios dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir dicho servicio pagando los costos compartidos de la red.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista dentro de la red, llame a Servicio al Cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para presentar una queja formal. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Tiene el derecho de elegir un proveedor en la red de nuestro plan. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una derivación y aun así pagar el monto de costo compartido de dentro de la red.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores 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 recetados o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin retrasos prolongados.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 de este documento 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 de salud personal incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y para controlar cómo se usa su información médica. Le entregamos un aviso escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información médica a cualquier persona que no le brinde atención ni pague por ella, *estamos obligados a obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- 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 la atención médica.
- 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 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, se exige que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

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

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en nuestro 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 de salud personal, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre las condiciones financieras de nuestro plan.
- **Información acerca de los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 le brindan información relativa a los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 le brindan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 le brinda información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué no se cubre un servicio médico o un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

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:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente del precio o de si son cubiertas por nuestro plan. Esto 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.
- **Conocer 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 irse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. 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 no puede 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:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que en algún momento no tenga la capacidad para 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 usar para dejar directivas con antelación en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede pedirle 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.
- **Completar el formulario y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario al médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que puede tomar las decisiones por usted si usted no puede. Sería conveniente darles copias a algunos amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que deberá ingresar en el hospital 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.

Completar un documento de directivas anticipadas es su elección (incluso si desea firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención médica ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado directivas anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante la agencia estatal correspondiente, por ejemplo, el Departamento de Salud del Estado. Para encontrar la

agencia estatal correspondiente de su estado, comuníquese con el SHIP local. Para obtener la información de contacto del SHIP, consulte el Capítulo 2, Sección 3.

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 hacer una apelación, el Capítulo 9 de este documento le dice qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo de forma justa**.

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se le ha tratado de forma justa o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no lo han tratado de forma justa o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que tiene en estos lugares:

- **Llame al Servicio de atención al cliente de nuestro plan al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-8966 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame al Servicio de atención al cliente de nuestro plan al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-252-8966 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Comuníquese con Medicare**
  - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en: (Derechos y protecciones de Medicare)

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las normas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 le brindan los detalles de los servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 le brindan los detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura médica o de medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le indica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
  - Para contribuir a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y a otros proveedores de salud acerca de 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 preguntas, no dude en hacerlas, y asegúrese de obtener una respuesta que entienda.
- **Sea considerado.** Esperamos que 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 otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas de su plan.

  - Debe continuar pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, necesitamos saberlo** para que podamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarlo.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese con el Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- En otros casos, tendrá que usar el **proceso de presentación de quejas,** también llamadas reclamos.

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

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para que quede más claro, en este capítulo se utilizan palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener ayuda o información adecuadas, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Siempre debe llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa 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 de SHIP son gratuitos. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para pedir ayuda:

- Llame 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.
- Visite Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso se puede utilizar para su problema

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

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (servicios médicos, artículos médicos y/o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a **la Sección 4: Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención médica, los tiempos de espera, el Servicio de atención al cliente u otras inquietudes**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de la atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, servicios médicos y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede utilizar las decisiones de cobertura y el proceso de apelaciones para saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si necesita saber si cubrimos la atención médica antes de recibirla, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan le remite a un médico especialista que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este médico especialista, o que en la *Evidencia de Cobertura* se deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. 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 negamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

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, podemos decidir que la atención

médica no está cubierta o que ya no se encuentra cubierta para usted. Si no está de acuerdo 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 recibir un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela 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 todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimará, por ejemplo, si la solicitud está incompleta, si alguien presenta 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 explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2, donde la revisión la realizará una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se tratan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, puede avanzar a otros niveles de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- **Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación superior al Nivel 2, tiene que ser designado como su representante. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com).
    - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica o medicamentos 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 de la Parte D, su médico u otro médico prescriptor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es denegada, su médico o médico prescriptor puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com). Este 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.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de 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. 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 4.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y fechas límite. Damos los detalles para cada una de estas situaciones en este capítulo:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una atención hospitalaria como paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*Aplica solo para estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de qué información se aplica en su caso, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1 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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos 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 alguna de las 5 situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **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 nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos 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. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica domiciliaria, servicios en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de la organización.**

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Por lo general, se toma una decisión de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura se toma generalmente en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos y/o servicios médicos (no se puede solicitar el pago de artículos y/o servicios ya recibidos).
- Podrá solicitar una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si los plazos estándares pudieran poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida sobre la cobertura.

Si nos pide usted mismo la decisión rápida sobre la cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- que usaremos los plazos estándares;
- que si su médico le pide la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la proporcionaremos;
- que puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

- 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, su médico, o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene 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, seguimos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su solicitud por un artículo o servicio médico sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le brindaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es de un medicamento de la Parte B, 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 calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Responderemos a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre quejas).

Para las decisiones rápidas sobre la cobertura usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida sobre la cobertura significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un elemento o servicio médico. Si su solicitud es de un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **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 producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando una apelación. Esto significa volver a pedir la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación presentada ante nuestro plan por una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración.**

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada.**

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

Por lo general, una apelación estándar suele tomarse en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura que aparecen en la Sección 5.2.

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

- **Si usted solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

- Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente utilizando el Formulario seguro en línea de Solicitud de Apelación de Medicamentos Recetados (Redeterminación) que se encuentra en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com, en la página "Plan Documents" (Documentos del plan) debajo de "Resources" (Recursos).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 65 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 causa justificada 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. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser que una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o que le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para apoyar su apelación.**

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, examinamos cuidadosamente toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recabaremos más información y quizás nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
    - 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 producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que nos 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 independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación**, 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 para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de 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 producto o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que no debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja 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 (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, y será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un producto o servicio médico o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan tiene una respuesta negativa a parte o toda su apelación**, 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.

Sección 5.4 El proceso de apelaciones de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se 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: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente 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 independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Si solicita un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de una apelación estándar, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión

independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.

- Si solicita un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento de la Parte B.

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 independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un producto 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 después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares.** Para las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente**.**
- **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 llama **mantener la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
    - La explicación de su decisión.
    - Una notificación sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplirse para continuar con el proceso de apelaciones.
    - La información sobre 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 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 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 describe cuándo podría necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le informa de cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de nuestra parte

Si nos envía la documentación pidiendo un reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esa decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para utilizar su cobertura para la atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud, puede suceder lo siguiente:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo normalmente en un plazo de 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Si no pagó por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Esto es lo que sucede 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, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

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 en la Sección 5.3. Para las apelaciones relativas a reembolsos, 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 enviarle el pago a usted o al proveedor 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 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 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

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médica aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médica aceptada, consulte el Capítulo 5). Si desea conocer los detalles de los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar, generalmente usamos el término *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple 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 de cobertura y apelaciones 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 alguna de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, los criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitarnos pagar un monto de costos compartidos menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos mayor. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pedir que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. **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 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se llama una **excepción al formulario.**

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento se llama una **excepción de formulario.**

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto se llama una **excepción de categoría**.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro médico prescriptor tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción.

Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro médico que receta pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no se encuentra en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplique a los medicamentos de Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento cuando acordamos cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción para 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 solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costos compartidos inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costos compartidos, menor es 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 costos compartidos más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos el medicamento por el monto de costos compartidos que corresponde a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento en un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su enfermedad.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido 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 costo compartido 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 costos compartidos de ningún medicamento del Nivel 5.

- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y existe más de un nivel de costos compartidos inferior con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente paga 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 u otro médico prescriptor 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 u otro médico prescriptor cuando pida la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos habitualmente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades 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 costos 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 de nuestro 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 pedir otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada.**Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

Las decisiones de cobertura estándar se hacen en un plazo de **72 horas** después de recibir su solicitud. **Las decisiones rápidas sobre la cobertura** se hacen en un plazo de **24 horas** después de recibir su solicitud.

Si su estado de salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida sobre la cobertura. **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe pedir un medicamento que aún no recibió. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría causar daños graves a su estado de salud o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro médico prescriptor nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente tomaremos una decisión rápida sobre la cobertura.**
- **Si usted mismo solicita una decisión rápida sobre la cobertura, sin el respaldo de su médico o del médico prescriptor, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
    - que usaremos los plazos estándares;
    - que si su médico u otro médico prescriptor pide la decisión rápida sobre la cobertura, automáticamente se la proporcionaremos;
    - que puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión rápida sobre la cobertura.

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 nuestro sitio 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 nuestro sitio web MyEssenceHealthcare.com. El Capítulo 2 tiene la información de contacto. Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente con el Formulario seguro en línea de Redeterminación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com, en la página “Plan Documents” (Documentos del plan) debajo de “Resources” (Recursos). Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación rechazada que está apelando.

Usted, su médico (u otro médico prescriptor) o su representante pueden hacerlo. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 se le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que es la razón médica de la excepción. Su médico u otro médico prescriptor puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico u otro médico prescriptor 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 para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
    - 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. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
    - Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
    - 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. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

Plazos 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. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de su solicitud,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión presentando 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de Cobertura de medicamentos de la Parte D, se llama una **redeterminación.**

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

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

Una apelación estándar suele hacerse en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida se hace generalmente en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro médico prescriptor deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro médico prescriptor deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito**. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar la apelación por escrito o llamarnos al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** El Capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *Formulario de Solicitud de Redeterminación Modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web MyEssenceHealthcare.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente utilizando el Formulario seguro en línea de Solicitud de Apelación de Medicamentos Recetados (Redeterminación) que se encuentra en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com, en la página “Plan Documents” (Documentos del plan) debajo de “Resources” (Recursos).
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 65 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 causa justificada 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. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser que una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o que 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 apoyar 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 u otro médico prescriptor para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su estado de salud así lo requiere.
    - 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido 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, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos 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. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de su solicitud,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso 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 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se denomina **IRE.**

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: Usted (o su representante, su médico u otro médico prescriptor) 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 independiente.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si la solicitud se envió a la organización de evaluación independiente.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a proporcionarle información adicional a la organización de revisión independiente 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 para una apelación rápida

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

Plazos para una apelación estándar

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión independiente 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 independiente 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 su solicitud,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su 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 independiente 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 ella). (Esto se denomina **confirmar la decisión**. También se llama **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- La explicación de su decisión.
- Una notificación sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando cumple con un mínimo determinado. 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.
- La información del valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación).
- Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de la apelación de decisión de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. 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 atención hospitalaria como paciente internado más prolongada si usted considera que está siendo dado 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 médica que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que usted se va del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se haya decidido 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 atención hospitalaria como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un miembro del personal de enfermería), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre lo siguiente:
   - 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 de participar en cualquier decisión relativa a 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 de alta si considera que está siendo dado de alta demasiado pronto. Es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su 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 recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le indica su 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 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener un aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios por un tiempo más largo como paciente internado, utilice el proceso de apelaciones para hacer 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 alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) que ofrece asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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 los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con 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 pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*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**, es posible que pueda permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si 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.
- 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 proporciona la fecha planificada del alta y explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé el alta en esa fecha.

- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** al llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una muestra del aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar 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.
- Antes del mediodía del día siguiente de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le proporciona la fecha de alta planificada. Este aviso también le explica en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) que se le dé 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 independiente *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 independiente la *rechaza*, 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 independiente *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 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del 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 con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comunicarse de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad 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 después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente 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 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 independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para 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.

Paso 4: Si la rechazan, tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación). Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de la apelación de decisión de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. 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

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o cuidado de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)** cubiertos, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios

por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 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 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación acelerada**. 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. **Recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le dice lo siguiente:
   - La fecha en que se dejará de cubrir la atención para usted.
   - Cómo solicitar una apelación acelerada para pedirnos que sigamos cubriendo su atención por más tiempo.
2. **A usted, o a alguien que actúe en su nombre, le pedirán que firme el aviso por escrito para mostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de dejar de brindarle la atención médica.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo

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 alguna pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O

llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) que ofrece asistencia personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en la atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan acerca de cuándo es momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente una apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pídales una *apelación acelerada*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no 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 no cobertura de Medicare*.
- Si deja pasar la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto en la *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también están incluidos en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de la no cobertura. Un aviso que brinda detalles sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted, o a su representante, las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de la no cobertura* de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- 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 la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide continuar recibiendo servicios de la salud en el hogar, servicios en un centro 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 médica después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más largo

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, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, de los servicios en un centro 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: Comunicarse de nuevo con la Organización para la Mejora de la Calidad 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 siguió recibiendo la atención médica 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 después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente 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.
- Usted tendrá que 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 independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada para 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 mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, hasta un total de 5 niveles de apelación. Si desea avanzar a una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de la apelación de decisión de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes 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 escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos como los primeros 2 niveles. 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 mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir* o *no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 de apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos presentar una apelación, esta pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la

decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador 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 dirá qué 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 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 en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelar esta decisión y pasar al Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días calendario de recibir 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 quiere 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 continuar con una apelación de Nivel 5.

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 respuesta es final. Ya no hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes 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 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos como los primeros 2 niveles. 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 mediador que trabaja 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 mediador **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 dirá qué 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 quiere 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 para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir 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 respuesta es final. Ya no hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Presentación de quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja 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 *solo* se aplica 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 de atención 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 de atención al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicio de atención al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
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 Algunos ejemplos son esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de consulta, o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso obligatorio? • ¿Es difícil de entender la información escrita que brindamos?
Carácter oportuno (Estos tipos de quejas se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y apelaciones)	Si nos ha pedido 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: • Nos solicitó una *decisión rápida sobre la cobertura* o una *apelación rápida* y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos obligatorios 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 se denomina **presentar un reclamo.**

Usar el proceso para quejas se denomina **usar el proceso para presentar un reclamo.**

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado.**

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **El primer paso suele ser llamar al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo que necesite hacer, el 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.
  - Enviar su reclamo por escrito a:

    Essence Healthcare
    P.O. Box 5907
    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 la queja 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 un representante”. Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, 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:
  - Parte B o C
    - Decidimos extender un plazo relacionado con una determinación o apelación de la organización.
    - Decidimos no conceder su solicitud para acelerar una determinación inicial o apelación.
  - Parte D
    - Decidimos no conceder su solicitud para acelerar una determinación inicial o apelación y aún no ha obtenido el medicamento.
- 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 una queja, 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 le resulta conveniente 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 una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con 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 nuestra respuesta.

Sección 10.3 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 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a 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. El Capítulo 2 tiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja a la Organización para la Mejora de la Calidad y a nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informar a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Essence Advantage Choice Plus directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. 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 nuestro plan

SECCIÓN 1 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Essence Advantage Choice Plus 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. Las Secciones 2 y 3 le brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, el plan debe seguir proporcionándole la atención médica y los medicamentos recetados y usted seguirá pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año próximo.

- **El Período de Inscripción Abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija 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 cobertura:
  - Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
  - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda Adicional (Extra Help), Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura válida de medicamentos recetados 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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** cada año**.**

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** puede hacer lo siguiente:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura mediante Medicare Original. Si cambia a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos 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 Choice Plus pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de Inscripción Especial.**

Es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Especial, si le aplican alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para la Ayuda Adicional (Extra Help) para pagar su cobertura de medicamentos Medicare
- Si infringimos 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 caso.

Para saber si es elegible para un Período de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 de medicamentos de Medicare. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura válida de medicamentos recetados durante 63 consecutivos o más, 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.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe Ayuda Adicional (Extra Help) de Medicare para pagar sus costos de la cobertura de medicamentos: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

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

- **Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2027***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse 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 Choice Plus se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Essence Advantage Choice Plus se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan de medicamentos.

Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción**. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Essence Advantage Choice Plus 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 finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- Siga usando las farmacias **o el pedido por correo de nuestra red para surtir sus recetas**.
- **Si está hospitalizado el día que finalice 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 Choice Plus debe finalizar la membresía en su plan en ciertas situaciones

Essence Advantage Choice Plus debe finalizar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses

  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) 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 o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura de medicamentos recetados.
- 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 de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Essence Advantage Choice Plus 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 deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja 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 una queja o presentar 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 bajo 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 puede 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, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de no asegurabilidad ni 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 en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, llámenos al Servicio de atención al cliente 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Servicio de atención al cliente puede ayudarle.

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 Choice Plus, 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

Monto permitido: el monto máximo que el plan pagará a los proveedores por servicios o suministros cubiertos.

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.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados 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.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de los costos compartidos permitido de nuestro plan. Como miembro de Essence Advantage Choice Plus, solo tiene que pagar los montos de los costos compartidos del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones de saldos** o que de otro modo le cobren más del monto de costos compartidos que debe pagar según se establece en nuestro plan.

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 Enfermería Especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención hospitalaria como paciente internado en un hospital (o atención médica especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro 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.

Producto biológico: un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares sustituyen al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: medicamento recetado 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 de marca.

Etapa de Cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos en la Parte D que empieza cuando usted haya gastado (u otras partes calificadas lo hayan hecho en su nombre) $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. En esta etapa de pago, nuestro plan pagará el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: un monto que podría tener que pagar, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo por los servicios y los medicamentos recetados después de pagar el deducible de la Parte D.

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: esta es la suma máxima que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y de la Parte B obtenidos tanto de proveedores dentro de la red (preferentes) como de proveedores fuera de la red (no preferentes). *Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2* para obtener información sobre el monto máximo combinado que paga de su bolsillo.

Queja: hacer una queja se conoce formalmente como **presentar un reclamo**. El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre estos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el Servicio de atención al cliente que recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no sigue los períodos del proceso de apelaciones.

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.

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 ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual de nuestro plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 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”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cincos niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida de medicamentos recetados: es la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las

personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, normalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado custodial: el cuidado custodial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado custodial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye la ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado custodial.

Servicio de atención al cliente: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones.

Costos compartidos diarios: es posible que se apliquen “costos compartidos diarios” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Los costos compartidos diarios son 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 nuestro plan tiene 30 días, sus “costos compartidos diarios” son de $1 por día.

Deducible: es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: una tasa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que dedica el farmacéutico para preparar y envasar el medicamento recetado.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como asistencia médica de un plan estatal con Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado del que se trate y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

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 indicadas por un proveedor para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o 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.

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.

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, 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 costos compartidos (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que renunciemos a la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda Adicional (Extra Help): un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca pero, generalmente, su costo es inferior.

Reclamo: un tipo de queja que se presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas acerca de la calidad de la atención médica. No está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención de la salud en el hogar: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de terapeutas o enfermeros certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y, continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía en un hospital como paciente internado: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se lo considere un paciente ambulatorio.

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 de prima estándar y una Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos Mensuales, también conocida 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.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa después de que pague el deducible (si tiene uno) y antes que sus gastos de bolsillo por medicamentos en el año alcancen la cantidad máxima que paga de su bolsillo.

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.

Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red: el monto máximo que deberá pagar por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B recibidos por parte de los

proveedores de la red (preferidos). Tras alcanzar dicho límite, no deberá pagar nada al recibir servicios cubiertos por parte de los proveedores de la red por el resto del año contractual. Sin embargo, hasta alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo combinado, deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos cuando busque atención médica por parte de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Institutional Special Needs Plan (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP) SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte Ayuda Adicional (Extra Help).

Programa de Descuentos de Fabricantes: un programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

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.

Indicación médica aceptada: el uso de un medicamento que esté aprobado por la FDA o apoyado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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.

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).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan de Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados 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.

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 de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o iv) un Plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y 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 los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan de Medicare Advantage puede ofrecer.

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 nuestro plan. Esta expresión 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).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de Manejo del Tratamiento Médico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios del programa MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red/proveedor: es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica autorizados o certificados por Medicare y por el estado para proveer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Período de Inscripción Abierta: el período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Medicare Original.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los productos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. En este documento, las determinaciones de una organización se denominan decisiones de cobertura.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Traditional Medicare o Fee-for-Service Medicare): el plan Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Medicare Original, 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. Medicare Original tiene 2 partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en Estados Unidos.

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 de nuestro 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.

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 ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son los que no están empleados ni pertenecen ni operan con nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costos compartidos anterior. El requisito de costos compartidos debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Cantidad máxima que paga de su bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de desembolso personal por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su

comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de medicamentos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por todos los planes.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura válida (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más tras ser elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Costos compartidos preferidos: costos compartidos preferidos significan costos compartidos menores para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferentes (PPO): un plan de 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 de proveedores dentro o fuera de la red. Los costos compartidos del miembro serán normalmente superiores 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).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan médico para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de forma temprana, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, inyecciones,

pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas de control de la salud, asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

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.

Autorización previa: la aprobación anticipada para recibir servicios o algunos medicamentos según criterios específicos. En la parte dentro de la red de un PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red consigue una autorización previa de nuestro plan. En un PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, sería conveniente que consulte con el plan antes de obtener servicios de proveedores de fuera de la red para confirmar que el servicio está cubierto por nuestro plan y averiguar cuál es su costo compartido. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en la Tabla de beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos 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.

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.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso un medicamento 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.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada, específica del miembro y de los beneficios y del formulario. Esto incluye sumas de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un Precio Justo Máximo.

Área de servicio: área 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). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Centro de Enfermería Especializada (SNF): servicios de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de Inscripción Especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar su plan 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 (Extra Help) con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un centro de convalecencia o si infringimos nuestro contrato con usted.

Special Needs Plan: un tipo especial de plan de 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.

Costos compartidos estándares: los costos compartidos estándares son los costos compartidos que no son los costos compartidos preferidos que ofrece una farmacia de la red.

Terapia escalonada: 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.

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.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, teniendo en cuenta su situación de tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Inserto de Tarjeta de Beneficios Flexible – ANEXO A

1. Acceder a los beneficios

Para todo lo relacionado con la tarjeta Flex, consulte MyEssenceHealthcare.com o use la aplicación móvil **Essence Flex Spend**. A través de estos portales, puede fácilmente:

Consultar las categorías de tarjetas Flex elegibles para saber dónde y cómo gastar los fondos.

Comprobar el saldo de la tarjeta en tiempo real antes de realizar compras.

Reportar una tarjeta perdida o robada para proteger los fondos de beneficios y solicitar un reemplazo.

> **Nota:** *Algunas funciones, como las preguntas frecuentes (FAQ), están disponibles sin iniciar sesión en el sitio web del miembro. Para obtener información y opciones más personalizadas de la tarjeta Flex, simplemente inicie sesión (o cree una nueva cuenta si aún no tiene una).*

2. Encontrar una tienda cerca de usted

Una vez que haya iniciado sesión en MyEssenceHealthcare.com, siga estos sencillos pasos para encontrar tiendas minoristas aprobadas o acceder a la tienda OTC en línea:

Haga clic en **"Coverage & Benefits"** (Cobertura y beneficios) en la parte superior de la pantalla y, luego, busque la sección **"Flex Card"** (Tarjeta Flex).
Haga clic en el botón **"Flex Card Portal"** (Portal de la Tarjeta Flex). Se le redirigirá automáticamente al portal de tarjetas Flex y podrá:

- Colocar el cursor sobre **"Tools & Support" (Herramientas y soporte)** en el panel de navegación superior.
- Hacer clic en **"Merchant Locator" (Localizador de establecimientos)** para encontrar las tiendas minoristas participantes cerca de su código postal.
- También puede acceder a la tienda OTC en línea. Busque el botón **"Essence OTC Store"** (Tienda OTC de Essence) en la sección **"I Want To"** (Deseo) de la página de inicio principal del Portal de la tarjeta Flex.

3. Pautas importantes para titulares de tarjetas

Tenga en cuenta las siguientes normas y pautas operativas para garantizar una experiencia sin complicaciones:

El documento del Acuerdo del Titular de la Tarjeta enviado por correo con su Tarjeta Flex incluye detalles sobre la activación de su tarjeta y la selección de un PIN. **No es necesario que llame para activar la tarjeta** y no es necesario que seleccione un PIN.

La Tarjeta Flex debe utilizarse para el pago de artículos y servicios elegibles.

La Tarjeta Flex **no es una tarjeta de crédito.** No se puede convertir en efectivo ni utilizar para pagar primas del plan o servicios no cubiertos por la Tarjeta Flex.

Resumen de artículos OTC aprobados

Primeros auxilios
- Vendajes, envolturas, cintas, apósitos y botiquines
- Antibióticos y antisépticos
- Cabestrillos y soportes
- Remedios y protectores para la piel
- Desinfectantes de manos
- Guantes de protección y mascarillas faciales

Cuidado y tratamiento de pies y piernas
- Ayudas para la higiene y el cuidado de los pies
- Medias de compresión terapéutica

Vitaminas y minerales
- Somníferos
- Alivio del estrés y calmantes
- Productos para el alivio del dolor
- Alivio del dolor artrítico, reumático y muscular
- Alivio del dolor general y multiuso
- Alivio del dolor de cabeza y migraña
- Analgésicos en polvo

Productos para el cuidado de la piel y el cuero cabelludo
- Productos antimicóticos
- Alivio de picaduras de insectos
- Tratamientos para verrugas, ojos de gallo y callos

Productos respiratorios y para alergias
- Prevención, alivio de alergias y antihistamínicos
- Ungüentos mentolados para el pecho
- Remedios para el resfriado y la tos
- Descongestionantes
- Humidificadores y vaporizadores
- Tiras y aerosoles nasales
- Remedios para la garganta

Cuidado y tratamiento de los órganos de los sentidos
- Preparados para los oídos
- Colirios
- Cuidado de lentes de contacto
- Gafas de lectura

Monitores de diagnóstico
- Tensiómetros
- Monitor de grasa corporal
- Monitor de frecuencia cardíaca
- Balanzas

Higiene bucal
- Frescores y enjuagues bucales
- Limpieza dental
- Cuidado y limpieza de prótesis dentales
- Ayudas para el cuidado bucal
- (en polvo y no en polvo)

Ayudas personales
- Productos para la discapacidad

Productos de protección solar
- Protector solar
- Cuidado para después del sol
- Bálsamo labial con FPS

Tratamiento de hábitos
- Ayudas para dejar de fumar

Productos para el mareo por movimiento

- Mareo de viaje

Pruebas de diagnóstico

- Pruebas caseras de COVID-19
- Termómetros

Productos vesicales, genitales y rectales

- Remedios diuréticos
- Enemas y duchas
- Irritación general
- Medicación rectal
- Almohadillas y suministros para la incontinencia de adultos
- Ropa interior (desechable y no desechable)

Productos para remedios gastrointestinales

- Remedios para la acidez, indigestión, flatulencias y diarrea
- Remedios gastrointestinales generales y laxantes
- Remedios para las náuseas
- Rehidratación oral y mantenimiento de electrolitos

Tratamientos bucales y de la boca

- Tratamiento de la halitosis
- Tratamiento de úlceras bucales

Servicio de atención al cliente de Essence Advantage Choice Plus

Método	Servicio de atención al cliente – Información de contacto
Teléfono	1-866-597-9560 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. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil.
Fax	1-888-480-2577
Correo postal	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
Sitio web	MyEssenceHealthcare.com

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico

Un Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre los seguros médicos para las personas que tienen Medicare. Puede encontrar información sobre el SHIP de Illinois en el Capítulo 2, Sección 3 en la sección titulada “Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico”, 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 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.

Aviso de disponibilidad de los servicios de asistencia lingüística

English - ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-597-9560 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-597-9560 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) -
如果您说(中文)，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-597-9560（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

中文 (Traditional Chinese) -
注意：如果您說(中文)，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-866-597-9560（TTY：711）或與您的提供者討論。

(Arabic) العربية - تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-597-9560 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Polski (Polish) - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-597-9560 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

ထၢနှာ်လီၤဖဲအံၤ (Karen) - ဆူ– နမ့ၢ်ကတိၤ ထၢနှာ်လီၤဖဲအံၤ အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘူဉ်လၢ်စ့ၤလၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူပီးလီဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကြၢးအဘဉ် လၢကဟ့ဉ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤနၢ်အီၤသ့တဖဉ် လၢတလၢ်ဘူဉ်လၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး 1-866-597-9560 (TTY: 711) မ့တမ့ၢ် ကတိၤတၢ်ဒီး နပ့ၤလၢဟ့ဉ် နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤစၢၤတက့ၢ်.

မြန်မာ (Burmese) - သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-866-597-9560 (TTY: 711) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။

Việt (Vietnamese) - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-597-9560 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

(Yiddish) יידיש - נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אַידס און באַדינונגס פֿאַר פּראַוויידינג אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן 1-866-597-9560 (TTY: 711) אָדער רעדן מיט דיין טרעגער.

Nederlands (Dutch) - LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel 1-866-597-9560 (TTY: 711) of spreek met je provider.

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-597-9560 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Tagalog - Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-597-9560 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

한국어 (Korean) - 주의: (한국어)를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-597-9560 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

РУССКИЙ (Russian) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-597-9560 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

українська мова (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-866-597-9560 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-597-9560 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

नेपाली (Nepali) - सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-866-597-9560 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Bosanski (Bosnian) - PAŽNJA: Ako govorite bosanski, dostupne su vam besplatne jezičke usluge. Odgovarajuća pomagala i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima takođe se pružaju besplatno. Pozovite 1-866-597-9560 (TTY: 711) ili kontaktirajte svog pružatelja usluga.

Aviso de no discriminación

Essence Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)). Essence Healthcare no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a su raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Essence Healthcare:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como los siguientes:
    - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
    - Información escrita en otros formatos (por ejemplo, impresión en letra grande, braille, formatos electrónicos).
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares adecuados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Servicio de atención al cliente llamando al 1-866-597-9560 (TTY: 711).

Si considera que Essence Healthcare no ha logrado brindar estos servicios o hemos discriminado de cualquier otro modo en base a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo escrito por correo, fax o correo electrónico al Coordinador de la Sección 1557:

Correo postal:
Section 1557 Coordinator
ATTN: Compliance SIU Dept.
13900 Riverport Drive
Maryland Heights, MO 63043

Correo electrónico:
investigations@lumeris.com
Asunto: Section 1557 Coordinator

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de la Sección 1557 está disponible para ayudarle(a).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles (OCR), por medios electrónicos en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, por teléfono al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD) o por

correo postal al U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201. Los formularios de queja se encuentran disponibles en HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso también está disponible en el sitio web de Essence Healthcare: EssenceHealthcare.com.

SERVICIO AL CLIENTE

LLAME AL: 1-866-597-9560
Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

El Servicio al cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

TTY: 711
Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

FAX: 1-888-480-2577
DIRECCIÓN POSTAL: Essence Healthcare | P.O. Box 5907 | Troy, MI 48007
SITIO WEB: MyEssenceHealthcare.com

Essence Healthcare es un plan PPO 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, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ESSENCE HEALTHCARE®

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA PRA
De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOBRE SEGUROS DE SALUD
El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros de salud a personas con Medicare. La información sobre el SHIP para Illinois se encuentra en el Capítulo 2, Sección 3.