



Evidencia De Cobertura

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

ESSENCE ADVANTAGE (HMO-POS)



Asistencia de los condados de Georgia de Banks, Barrow, Dawson,
Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Rabun, Stephens y White

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare como miembro de Essence Advantage (HMO-POS)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y de medicamentos con receta de Medicare vigente desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.**

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame al servicio de atención al cliente al 1-855-425-0457 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-425-0457 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y días festivos. Por favor, deje un mensaje, y su llamada será devuelta el siguiente día hábil.

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

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

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

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

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. De ser necesario, recibirá una notificación. Notificaremos a los inscritos afectados por los cambios con al menos 30 días de antelación.

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

- la prima y el costo compartido de su plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o con el trato;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones que exige la ley de Medicare.

Servicios de interpretación en varios idiomas

Inglés: Ofrecemos servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para acceder a un intérprete, llame al 1-855-425-0457 (TTY: 711). Alguien que hable inglés y su idioma puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-425-0457 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-425-0457 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-425-0457 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-425-0457 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-425-0457 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-425-0457 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-425-0457 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-425-0457 (TTY 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-425-0457 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

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

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी पश्नर् का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-425-0457 (TTY 711) पर कॉल करें। अंगरेजी/भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निशुल्क सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-425-0457 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-425-0457 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-425-0457 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-425-0457 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-425-0457 (TTY 711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

CAPÍTULO 1	<i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1	Introducción.....	6
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes que recibe como miembro	8
SECCIÓN 4	Sus costos mensuales de Essence Advantage.....	10
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual.....	13
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	15
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	16
CAPÍTULO 2	<i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	18
SECCIÓN 1	Contactos de Essence Advantage (cómo comunicarse con nosotros, incluido con el Servicio de atención al cliente).....	19
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	23
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	25
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad	26
SECCIÓN 5	Seguro Social.....	27
SECCIÓN 6	Medicaid.....	28
SECCIÓN 7	Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta.....	29
SECCIÓN 8	Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario	31
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?	31
CAPÍTULO 3	<i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos</i>	32
SECCIÓN 1	Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	33
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica	35
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención médica o durante un desastre.....	38
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?	41
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	41
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención médica en una “institución religiosa de atención sanitaria no médica”	44
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	45

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 4	<i>Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)</i>	47
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	48
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto dinero le corresponderá pagar	50
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	95
CAPÍTULO 5	<i>Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>	101
SECCIÓN 1	Introducción	102
SECCIÓN 2	Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	102
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan	106
SECCIÓN 4	Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos	108
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?	110
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?	113
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	115
SECCIÓN 8	Cómo surtir una receta	117
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	117
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	119
CAPÍTULO 6	<i>Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D</i>	122
SECCIÓN 1	Introducción	123
SECCIÓN 2	El precio que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre en el momento de obtener el medicamento	126
SECCIÓN 3	Le enviamos informes para explicarle los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	126
SECCIÓN 4	No hay ningún deducible para Essence Advantage	128
SECCIÓN 5	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte	128
SECCIÓN 6	Costos en la etapa de interrupción de la cobertura	134
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	135
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene	136

Tabla de contenidos

CAPÍTULO 7	<i>Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	138
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos	139
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	141
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	142
CAPÍTULO 8	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	143
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y particularidades culturales como miembro del plan	144
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	150
CAPÍTULO 9	<i>Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>	152
SECCIÓN 1	Introducción	153
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	154
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?	154
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES		155
SECCIÓN 4	Guía de los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones	155
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	158
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	167
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto	177
SECCIÓN 8	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto	185
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y los niveles siguientes	191
PRESENTACIÓN DE QUEJAS		194
SECCIÓN 10	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	194
CAPÍTULO 10	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	199
SECCIÓN 1	Introducción para cancelar su membresía con nuestro plan	200
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	200
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	203
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	203

Tabla de contenidos

SECCIÓN 5 Essence Advantage debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	204
CAPÍTULO 11 Avisos legales	206
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes	207
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación	207
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	207
CAPÍTULO 12 Definiciones de palabras importantes	208

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Está inscrito en Essence Advantage, que es un plan de Medicare HMO de Punto de Servicio (POS)
--------------------	--

Medicare le da cobertura y usted ha elegido recibirla para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Essence Advantage. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan es distinto de los de Medicare Original.

Essence Advantage es un plan de Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) con una opción de Punto de Servicio (POS) aprobado por Medicare y ejecutado por una empresa privada. “Punto de Servicio” significa que puede utilizar los proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la sección 2.4 del capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

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

Sección 1.2	¿De qué se trata el documento <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	---

Este documento, *Evidencia de cobertura*, describe cómo puede obtener la atención médica y los medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o un tratamiento.

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

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique algo de tiempo a leer este documento de la *Evidencia de cobertura*.

Si algo lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

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

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

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

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

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

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

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

- tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare;
- -- y -- que viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.2 más abajo se describe nuestra área de servicio); Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio aun si se encuentran ubicadas allí físicamente.
- -- y -- usted es ciudadano estadounidense o se encuentre en los Estados Unidos de forma legal.

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

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

Nuestra área de cobertura de servicios incluye los siguientes condados de Georgia: Banks, Barrow, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Rabun, Stephens y White.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibe como miembro

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

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

													
Member Name Here ID 000000000 GROUP MXXXXXXX EFF DATE 01/01/2023 DOB 00/00/0000 CMS H0000 000 2023		RxBIN XXXXXX Rx PREFERRED \$0/\$0/\$0/0% Rx NON-PREFERRED \$0/\$0/\$0/0% PCP Primary Care Physician (000) 000-0000 <table border="1"> <tr> <td>PCP</td> <td>SPEC</td> <td>ER</td> <td>URG CARE</td> <td>DENTAL</td> </tr> <tr> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>\$0</td> <td>\$0/\$0</td> </tr> </table>	PCP	SPEC	ER	URG CARE	DENTAL	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0/\$0	(HMO-POS) RxGROUP XXXXX
PCP	SPEC	ER	URG CARE	DENTAL									
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0/\$0									

		Essence Advantage (HMO-POS) EverythingEssence.com
Please review your plan documents for services that require referral or prior authorization. Without prior approval, the claim may not be paid. For behavioral health or substance abuse authorizations, call the behavioral health number.		Customer Service: (000) 000-0000 TTY: 711 Prior Auth. UM: (000) 000-0000 Behavioral Health: (000) 000-0000 Pharmacies call: (000) 000-0000 Dental: (000) 000-0000 Essence Healthcare providers file claims at: PO Box 0000 • City, ST 00000

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, 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 paliativos o si participa en estudios de investigación (también conocidos como ensayos clínicos) aprobados por Medicare.

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

Sección 3.2 El Directorio de proveedores y farmacias

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

Tiene que usar los proveedores de la red para recibir la atención médica y otros servicios. Si acude a otro lado sin la autorización adecuada, tendrá que pagar todo el costo. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Essence Advantage autorice el uso de proveedores fuera de la red.

Como miembro de nuestro plan HMO-POS, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios prestados por proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean médicamente necesarios y califiquen como beneficios cubiertos. Sin embargo, si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos será mayor. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios recibidos. Consulte el capítulo 3 de este documento para obtener detalles completos.

En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestros planes. Puede utilizar 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 del plan.

El *Directorio de proveedores y farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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

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

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

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

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

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Essence Advantage

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)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual del plan de Essence Advantage. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Debe continuar pagando las primas del plan para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D u otra cobertura válida para medicamentos con receta. “Cobertura para medicamentos con receta acreditable” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura para medicamentos con receta acreditable o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando usted se inscribe por primera vez en Essence Advantage, le informamos el monto de la multa. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de la prima de su plan.

No tiene que pagarla en las siguientes circunstancias:

- Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
 - Han pasado menos de 63 días consecutivos sin tener una cobertura válida.
 - Ha tenido otra cobertura válida para medicamentos con receta por otro medio, como un empleador o sindicato anterior, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información porque puede necesitarla en el futuro si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta “válida” que se esperaba que pagara el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

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

Sección 4.4	Monto de ajuste mensual por ingresos
--------------------	---

Es posible que se exija que algunos miembros paguen un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual por ingresos, o 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/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans).

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

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Si usted paga una multa por inscripción tardía en la Parte D, hay varias formas de pagar la multa.
--------------------	---

Hay cuatro maneras de pagar la multa. Cuando completa el formulario de solicitud de inscripción, se le pide que tome una decisión. Si no toma una decisión, recibirá una factura mensual para pagar con cheque.

Opción 1: pagar con cheque

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

Essence Healthcare
P.O. Box 88405
Milwaukee, WI 53288-8405

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

Opción 2: Puede debitar la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario*

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

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

Opción 3: Transferencia electrónica de fondos (EFT)

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

Nota: Cualquier saldo previo adeudado se deducirá con los primeros meses de la EFT. Por ejemplo, la multa por inscripción tardía adeudada para el mes de mayo se deducirá el 2 de mayo.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si el segundo día es un día no laborable, la multa por inscripción tardía se deducirá al siguiente día laborable. Si la EFT rechaza dos meses consecutivos, la opción de pago se cambiará a pago directo y usted comenzará a recibir las facturas. Su solicitud se procesará en un plazo de 60 días hábiles luego de haber recibido el cheque cancelado devuelto.

Opción 4: pago en línea

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

Cómo cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D.

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

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.

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

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, a tiempo, comuníquese con el servicio de atención al cliente para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con los costos.

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

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si la adeuda o si tiene que empezar a pagarla. Podría suceder si usted resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si pierde la “Ayuda adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si transcurre un período continuo de 63 días o más en el que no tuvo una cobertura de la Parte D ni otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda adicional”.

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

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

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

Si hay algún cambio en esta información, infórmenos llamando al servicio de atención al cliente.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. 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 atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no se menciona, llame al servicio de atención al cliente. Es posible que sus otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

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

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

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

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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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

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

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono y recursos
importantes*

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

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

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

Método	Información de contacto del Servicio de atención al cliente
LLAME AL	1-855-425-0457 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-888-480-2577
ESCRIBA A	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
SITIO WEB	EverythingEssence.com

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión o una apelación sobre la atención médica o los medicamentos con receta 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 con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-425-0457 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-888-480-2577 decisiones de cobertura 1-877-770-6440 apelaciones
ESCRIBA A	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
SITIO WEB	EverythingEssence.com

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de 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 sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D, consulte el capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para presentar reclamos sobre atención médica o medicamentos con receta de la Parte D
LLAME AL	1-855-425-0457 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-855-964-0566
ESCRIBA A	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Essence Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

Si 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 el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	1-855-425-0457 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-888-480-2577
ESCRIBA A	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
SITIO WEB	EverythingEssence.com

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

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

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

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

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

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Georgia, el SHIP se denomina SHIP de Georgia.

El SHIP de Georgia 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 SHIP de Georgia pueden ayudarlo 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 SHIP de Georgia también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO DE ACCESO A SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)
- Haga clic en **“Hablar con alguien”**, que está en la página de inicio.
- Tendrá las siguientes opciones:
 - Opción 1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**.
 - Opción 2: Puede seleccionar su **“ESTADO”** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Información de contacto de SHIP de Georgia
LLAME AL	404-657-5258 o 1-866-552-4464 (opción 4) De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	2 Peachtree Street N.W. 33 rd Floor Atlanta, GA 30303
SITIO WEB	https://aging.georgia.gov/georgia-ship

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

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

KEPRO cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare les paga para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare y ayudar a mejorarla. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

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

Método	KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Georgia) Información de contacto
LLAME AL	813-280-8256 o 1-888-317-0751 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Fines de semana y feriados, de 11 a.m. a 3 p.m.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	5201 West Kennedy Blvd., Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO WEB	keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorro de Medicare” incluyen lo siguiente:

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

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (DCH).

Método	Información de contacto de Medicaid de Georgia
LLAME AL	404-657-5468 o 1-877-423-4746 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	1-800-255-0056 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	Departamento de Salud Comunitaria de Georgia 2 Peachtree Street, N.W. Atlanta, GA 30303
SITIO WEB	https://medicaid.georgia.gov

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

El sitio web de Medicare.gov ([Medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) brinda información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados también tienen disponibles otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

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

Si automáticamente reúne los requisitos para la “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo postal. No tendrá que hacer una solicitud. Si no reúne los requisitos automáticamente, quizás pueda recibir “Ayuda adicional” para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame:

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

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

- Si desea recibir asistencia para obtener la mejor evidencia posible o si necesita información para proporcionar la evidencia a Essence Healthcare of Georgia, Inc., llame al Departamento de Servicio de atención al cliente al 1-855-425-0457.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó

en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

Essence Advantage ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por las insulinas selectas serán de entre \$5 y \$35 por un suministro de un mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa del período sin cobertura. Nota: Este gasto compartido solo se aplica a los beneficiarios que no reúnen los requisitos para un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”). Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, verifique la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica. Puede identificar insulinas selectas al buscar una indicación de “SI” (Selected Insulins) en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están impresos en la portada posterior de este documento). Tenga en cuenta que no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, la fase de cobertura para medicamentos con receta, de que reciba Ayuda adicional de que el producto de insulina de la Parte D se considere Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan. Consulte el capítulo 6 para obtener más información.

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

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de importancia vital contra el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta a través del Departamento de Salud Pública de Georgia.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique al encargado local de inscripción del ADAP para seguir recibiendo la asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de Georgia al 404-656-9805.

Departamento de Salud Pública de Georgia
Protección de la Salud
Oficina para el VIH/SIDA
2 Peachtree Street, N.W.
Atlanta, GA 30303
Teléfono: 404-657-3100
Sitio web: <https://dph.georgia.gov/hiv-care/aids-drug-assistance-program-adap>

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar el plan para sus servicios
médicos*

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

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

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

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

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

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

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

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

- **La atención médica que recibe se incluye en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que usted recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios, suministros, equipos o

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros especializados de enfermería o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le denomina hacer una "recomendación". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - Las recomendaciones de su PCP no son necesarias para la atención médica de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red.** Nuestro plan cubrirá los servicios prestados por proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean médicamente necesarios y correspondan a beneficios cubiertos. Sin embargo, si usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos será mayor. Por lo general, necesitará una derivación de su PCP para obtener servicios fuera de la red. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios recibidos. Para los siguientes servicios, su parte de los costos será la misma sea que reciba los servicios de un proveedor de la red o de fuera de la red, siempre que el proveedor sea elegible para participar en Medicare.
 - El plan cubre los servicios de atención médica de emergencia o de atención médica primaria urgente que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de atención primaria urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige a nuestro plan que cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan brindar esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor habitual no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente. El costo compartido que usted le paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Medicare Original. Si está fuera del área de servicio del plan y recibe diálisis de un proveedor que no es de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para servicios

de diálisis no está disponible temporalmente y elige recibir los servicios dentro del área de servicio de un proveedor que no es de la red del plan, el costo compartido por la diálisis podría ser más alto.

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

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

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

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

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

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

¿Cómo elige al PCP?

Cuando se inscriba, se le pedirá que seleccione un PCP. Su elección se indica en el formulario de inscripción. El nombre y el número telefónico del consultorio del PCP están impresos en su

tarjeta de identificación de miembro. Para obtener el listado más actualizado de los médicos participantes, visite el sitio web EverythingEssence.com.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Para cambiar su PCP, llame al Departamento del Servicio de atención al cliente (los números de teléfono están impresos en la portada posterior de este documento). Los cambios de PCP entran en vigencia el primer día del siguiente mes. Las solicitudes de cambios retroactivos no suelen aprobarse. Al llamar, asegúrese de informar al representante del servicio de atención al cliente si está consultando con especialistas o recibiendo otros servicios cubiertos que debieron ser aprobados por su PCP (como servicios médicos domiciliarios, terapia ambulatoria y terapia de rehabilitación cardíaca o pulmonar). El representante del Servicio de atención al cliente cambiará el registro de miembro para que muestre el nombre de su nuevo PCP. Asimismo, recibirá una tarjeta de miembro actualizada con el nombre y número telefónico de su nuevo PCP.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una derivación de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención médica rutinaria para la mujer: incluye exámenes de mamas, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la hepatitis B y la neumonía.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios son de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Servicio de atención al cliente antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del servicio de atención al cliente).

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

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

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

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

Para ciertos tipos de derivaciones, tal vez su PCP, especialista u otro proveedor de la red necesite obtener la 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.

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

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido que corresponde dentro de la red. Algunos servicios podrían necesitar la autorización previa del plan de salud. Haga un seguimiento con su PCP antes de buscar atención de un proveedor que no sea de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja por la calidad de la atención a la QIO, una queja al plan por la calidad de la atención, o ambos. Consulte el capítulo 9.

Sección 2.4	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. Nuestro plan cubrirá los servicios prestados por proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean médicamente necesarios y correspondan a beneficios cubiertos. Sin embargo, si usa un proveedor de fuera de la red, su parte de los costos por los servicios cubiertos será mayor (consulte el capítulo 4 para ver información detallada de los costos compartidos). Por lo general, necesitará una derivación de su PCP para consultar con un proveedor de fuera de la red. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios recibidos.

Es muy importante que obtenga una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP para los servicios de fuera de la red antes de consultar con un especialista u otros proveedores determinados. Para ciertos tipos de derivaciones, tal vez su PCP, especialista u otro proveedor necesite obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener autorización previa). Si no tiene una derivación o una autorización previa cuando se requiere, es posible que tenga que pagar por estos servicios. Para obtener más información acerca de qué servicios exigen autorización previa, consulte la sección 2.1 del capítulo 4.

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

Sección 3.1	Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica
--------------------	---

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal 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),

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

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 recomendación 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 médica de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención médica de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número de nuestro Servicio de atención al cliente está en la parte posterior de la tarjeta de identificación de miembro.

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

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

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

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que continúe estable. 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 médica de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

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

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

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención médica adicional.
- *O bien*, la atención médica adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted respeta las reglas para recibir estos servicios (para obtener más información sobre este tema, consulte la sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios médicos**¿Qué son los “servicios de urgencia”?**

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y requiere atención médica de inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia provistos fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son i) un dolor de garganta muy intenso que se produce durante el fin de semana o ii) una crisis imprevista de una afección conocida cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

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. El número de teléfono del PCP está en su tarjeta de identificación de miembro.

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

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

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

Visite el siguiente sitio web: EverythingEssence.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 al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

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

Si pagó más de lo que le correspondía pagar por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

Essence Advantage cubre todos los servicios médicamente necesarios que se mencionan en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios que obtuvo fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted también 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 su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Servicio de atención al cliente.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “estudio clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. 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.

Una vez que Medicare haya aprobado el estudio, y que usted manifieste interés, una de las personas que trabajan en el estudio se comunicará con usted para brindarle más información al respecto y verificar que reúna los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, y si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

participa en un ensayo clínico calificado, usted es el único 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 costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, tendrá que proporcionarnos la documentación para demostrar cuánto pagó. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscripto en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si 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 proveedores del plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, lo alentamos a notificarnos con anticipación cuando decida participar en un ensayo clínico calificado por Medicare.

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

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

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 ha pagado su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido 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, es obligatorio que presente la documentación que demuestre cuánto pagó de costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:

Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría el copago de \$20 obligatorio según 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, el plan le pagaría \$10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar la documentación (por ejemplo, una factura del proveedor).

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

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

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los estudios de investigación clínica). (Esta publicación está disponible en: [Medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).) También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

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

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

- La institución que brinde atención médica debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención médica.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para obtener servicios médicos

- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención médica para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - y debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que lo ingresen en el centro porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Los límites de la cobertura de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados 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	¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?
--------------------	--

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

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

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Medicare Original a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos efectuados mientras está inscrito en su plan no cuentan.

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. Estaba en nuestro plan, pero mientras tanto no obtuvo la propiedad. 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. Todos los pagos anteriores (ya sea en nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

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

¿Qué beneficios de oxígeno le corresponden?

Si usted califica para cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, Essence Advantage 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 o ya no requiere el equipo de oxígeno por motivos médicos, el equipo de oxígeno se debe devolver.

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

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

CAPÍTULO 4

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

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

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

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

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

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

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

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

Dado que usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. En nuestro plan, existen dos 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** es de \$6,350. 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. 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 el símbolo † en la Tabla de beneficios médicos. Si pagó \$6,350 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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo** 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 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 con receta 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 el 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 Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”
--------------------	---

Como miembro de Essence Advantage, un factor de protección importante para usted es que solamente debe pagar el monto del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, 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.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (un monto determinado de dinero, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si su gasto compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando obtiene una derivación o para servicios de emergencia y de urgencia).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

- o Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando obtiene una derivación o para servicios de emergencia y de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha hecho una “facturación de saldos”, llame al servicio de atención al cliente.

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

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

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

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinda y supervisa su atención médica. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo por adelantado antes de que acuda a otros proveedores. A esto se lo denomina “darle una derivación”.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco (*).

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2022). También puede consultarlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

información importante sobre los beneficios para los afiliados 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”.
 - o Diabetes
- Para obtener información más detallada, consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” de la Tabla de beneficios médicos que figura más abajo.
- Comuníquese con nosotros para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.



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

Tabla de beneficios médicos

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios cubiertos incluyen: Los beneficiarios de Medicare tienen cobertura hasta de 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias. A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • es 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. Aquellos pacientes que demuestren una mejoría tendrán cobertura de ocho sesiones adicionales. Se pueden administrar 20 tratamientos de acupuntura como máximo por año. Se debe suspender el tratamiento si el paciente no mejora o no presenta remisión. Requisitos de los proveedores: Los médicos, según la definición de 1861(r)(1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley), pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), enfermeros practicantes (NP) o enfermeros clínicos especializados (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un Estado, Territorio o Estado Libre Asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un PA o un NP o CNS según nuestra normativa en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	Dentro de la red \$30 de copago por consultas de acupuntura cubiertas por Medicare. Fuera de la red \$40 de copago por tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia* - Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención médica si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. - El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección médica del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.	\$280 de copago por beneficios para traslado en ambulancia cubiertos por Medicare. Este copago se aplica a cada viaje de ida.
Examen físico anual El examen físico anual de rutina es exhaustivo. La cobertura de este beneficio se suma a la consulta preventiva anual cubierta por Medicare y la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Se 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 preventiva anual Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez al año. Nota: Su primera consulta preventiva anual no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta “Bienvenido a Medicare” para tener cobertura para las consultas preventivas anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva anual. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas preventivas anuales cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Medición de masa ósea Para las personas que califican (generalmente, significa personas que corren riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios. procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, que incluye la interpretación de los resultados por parte de un médico.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para 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.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. 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. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Dentro de la red \$20 de copago por día por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Se requiere una derivación de su PCP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, el médico puede proponer el uso de aspirina (si corresponde), medir la presión arterial y brindarle consejos para que usted coma sano.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. 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 que se cubren una vez cada 5 años. Fuera 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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer vaginal y de cuello de útero o se encuentra en edad de procrear o ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	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 de la columna vertebral para corregir la subluxación.	Dentro de la red \$20 de copago por cada consulta cubierta por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP. Fuera de la red 35% de coseguro por cada consulta cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Se requiere una derivación de su PCP.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • Prueba Guaiac de sangre oculta en las heces fecales (Guaiac-based fecal occult blood test, gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (Fecal immunochemical test, FIT) Examen de detección colorrectal basado en el ADN cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios dentales* En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos los servicios dentales cubiertos por Medicare de un especialista contratado. Consulte el directorio de proveedores del plan, disponible en EverythingEssence.com, para buscar un especialista médico contratado por el plan. La cobertura de servicios dentales cubiertos por Medicare es poco común. Tenga en cuenta lo siguiente: Los proveedores dentales contratados con DentaQuest brindan específicamente servicios dentales de rutina (consulte a continuación). Por tanto, es posible que los proveedores dentales contratados con DentaQuest no tengan contrato con el plan (especialista médico contratado por el plan) para proporcionar servicios dentales cubiertos por Medicare. Para obtener más información sobre los servicios dentales, comuníquese con el servicio de atención al cliente. Servicios dentales de rutina Servicios dentales preventivos básicos† Cubrimos los siguientes servicios dentales preventivos cuando los proporciona un proveedor dental contratado por DentaQuest: <u>De diagnóstico</u> • Evaluación bucal periódica, evaluación bucal limitada: 2 por año calendario • Examen bucal integral: 1 cada 3 años calendario • Radiografías de mordida horizontales (hasta cuatro): 1 por año calendario <u>De prevención</u> • Limpieza de rutina: 2 por año calendario • Tratamientos con flúor (aplicación tópica): 1 por año calendario Servicios dentales integrales† † Los montos que paga por estos servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo. *Se podría requerir autorización previa.	Cubierto por Medicare Dentro de la red \$30 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa. Cubierto por Medicare Fuera de la red \$40 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare. Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa. Servicios dentales de rutina Dentro de la red \$0 de copago por servicios dentales preventivos básicos cubiertos. Para obtener más información, consulte la sección sobre la Tarjeta de beneficios flexibles.†

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones y tratamiento de seguimiento.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual para la prueba de detección de depresión.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estos exámenes, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	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: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott. • Se requiere autorización previa para glucómetros y tiras reactivas para glucosa en la sangre de marcas que no sean Abbott cuando se obtienen en una farmacia de su área.	Dentro de la red 0% de coseguro por Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para personas con diabetes cubiertos por Medicare \$ 0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)* • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad de pie diabético grave: Un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. *Se requiere autorización previa para algunos elementos (p. ej., calzado y plantillas ortopédicas a medida para diabéticos, bombas de insulina, monitores continuos de glucosa y sus suministros relacionados, como sensores, transmisores, receptores y lectores).	Fuera de la red 35% de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Fuera de la red 35% de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos hechos a medida para personas con diabetes cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). \$ 0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para ver una definición de “equipos médicos duraderos”, consulte el capítulo 12, así como el capítulo 3, sección 7, de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La última lista de proveedores se encuentra disponible en nuestro sitio web en EverythingEssence.com.	Dentro de la red 20% de coseguro por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes. Después de 36 meses de pagos por el alquiler, el costo compartido pasa a ser un coseguro del 20% del costo 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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)*	Si antes de inscribirse en Essence Advantage usted ya había pagado el alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses, el costo compartido en Essence Advantage es un coseguro del 20% de la tarifa de mantenimiento. Fuera de la red 35% de coseguro por equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). El costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 35% cada mes. Después de 36 meses de pagos por el alquiler, el costo compartido pasa a ser un coseguro del 35% del costo 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. Si antes de inscribirse en Essence Advantage usted ya había pagado el alquiler por la cobertura del equipo de oxígeno durante 36 meses, el costo compartido en Essence Advantage es un coseguro del 35% de la tarifa de mantenimiento.
*Se podría requerir autorización previa.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia La atención médica de emergencia hace referencia a los servicios que: • son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal 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 los mismos servicios que se brindan dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	\$95 de copago por consultas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Si lo admiten en el mismo hospital en durante las siguientes 24 horas por la misma afección, abona \$0 por la visita a la sala de emergencias. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y el costo que usted debe pagar es el monto de costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
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 en las categorías de servicios dentales, de la audición, productos de venta libre y de la vista. Consulte la categoría adecuada para ver los servicios cubiertos. La asignación de la Tarjeta Flex se genera a un valor de \$375 al comienzo de cada trimestre, con una asignación anual total de hasta \$1,500. El saldo pendiente se traslada de un trimestre al otro, pero vence al final del año calendario. La Tarjeta Flex no es una tarjeta de crédito, no se puede convertir en dinero en efectivo y solo la debe usar el miembro. Los procedimientos estéticos no están cubiertos por este beneficio. La Tarjeta Flex se debe usar para pagar. Otras formas de pago no son elegibles para reembolsos. 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®. La membresía incluye: • Clases de entrenamiento dirigidas por instructores, uso de aparatos y otros servicios. • La comunidad de SilverSneakers FLEX® ofrece opciones a los miembros para hacer ejercicio fuera de los gimnasios tradicionales (por ejemplo, en centros recreativos, centros comerciales y parques). • SilverSneakers LIVE™, SilverSneakers On-Demand™ y la aplicación móvil SilverSneakers GO™ conectan a los miembros con una red de apoyo y con recursos virtuales.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los programas educativos sobre salud y bienestar. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para los programas educativos sobre salud y bienestar a través de SilverSneakers®.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención médica para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Su plan también cubre exámenes auditivos de rutina, que se pueden realizar aunque no sospeche que tiene un problema auditivo. La Tarjeta de beneficios flexibles puede usarse para servicios auditivos, audífonos y servicios fuera de la red que no están cubiertos por Medicare. † Los montos que paga por estos servicios no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo.	Dentro de la red \$20 de copago por examen de audición cubierto por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare. \$20 de copago por examen auditivo de rutina.† Fuera de la red 35% de coseguro por examen de audición cubierto por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Se requiere una derivación de su PCP para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare. \$20 de copago por examen auditivo de rutina.† Para obtener más información, consulte la sección sobre la Tarjeta de beneficios flexibles.†

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
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. Se requiere una derivación de su PCP para estas consultas. Fuera de la red \$40 de copago por exámenes de los ojos para personas diabéticas realizados por un especialista, como un oftalmólogo o un optometrista. Se requiere una derivación de su PCP para estas consultas.
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	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 pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitar que una agencia de atención médica domiciliaria le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Dentro de la red \$0 de copago por las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP. Fuera de la red 35% de coseguro por las visitas médicas a domicilio cubiertas por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Se requiere una derivación de su PCP.
Terapia de infusión en el hogar* La terapia de infusión en el hogar consiste en la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su casa. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (p. ej., antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (p. ej., una bomba) y los suministros (p. ej., tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de conformidad con el plan de atención • Capacitación e instrucción para el paciente que no estén cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro de terapia y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar	Dentro de la red \$0 de copago por la terapia de infusión en el hogar cubierta por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP. 20% de coseguro para medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare utilizados para la terapia de infusión. 20% de coseguro por los suministros y equipos usados en la terapia de infusión cubiertos por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por terapia de infusión a domicilio,

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Terapia de infusión en el hogar* (continuación) *Se podría requerir autorización previa.	medicamentos de la Parte B de Medicare, suministros y equipos usados en la terapia de infusión cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Se requiere una derivación de su PCP.
Cuidados paliativos Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Es posible que reciba atención médica a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare que estén en el área de servicio del plan, incluso si la organización de MA es la propietaria, los controla o tiene intereses financieros en ellos. Su médico del hospicio puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando lo admiten en un hospicio, tiene el derecho de permanecer en su plan; si decide hacerlo, debe seguir pagando las primas del plan. <u>Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras usted forme parte del programa de hospicio, su proveedor de hospicio le facturará a Medicare Original por los servicios que este paga. Usted recibirá la factura del costo compartido de Medicare Original.	Cuando se inscribe en un programa de servicios de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original y no Essence Advantage.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Cuidados paliativos (continuación)	
<u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> 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 costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el gastos compartidos correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original).	
enciación en un hospicio (continuación)	
<u>Para los servicios que están cubiertos por Essence Advantage pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare:</u> Essence Advantage seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted debe pagar el monto del gasto compartido de su plan por estos servicios.	
<u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Si estos medicamentos no están relacionados con su estado de salud terminal, pagará el costo compartido. Si están relacionados con su estado de salud terminal, entonces abona el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (<i>¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?</i>).	
Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los por Medicare.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Vacunas Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Una vacuna antigripal por cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales si fuera necesario por motivos médicos • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.	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. Fuera 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.
Atención médica hospitalaria para pacientes internados* Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación	Dentro de la red \$295 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 6. \$0 de copago por día, por hospitalización: del día 7 en adelante. Los beneficios se aplican a cada internación. Fuera de la red 35% de coseguro por cada hospitalización cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención en hospital como paciente hospitalizado (continuación)* • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados • En determinadas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas/riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, 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 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 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 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. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://Medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. *Se requiere autorización previa.	Si usted recibe atención de pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que usted debería pagar en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico* Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. El plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente internado.	Dentro de la red \$295 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 6. \$0 de copago por día, por hospitalización: del día 7 en adelante. El beneficio se aplica a cada internación. Fuera de la red 35% de coseguro por cada hospitalización de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Si usted recibe atención de pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que usted debería pagar en un hospital de la red.

***Se requiere autorización previa.**

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

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

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón), pero no con tratamiento de diálisis, o para después de un trasplante de riñón cuando recibe una orden del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia nutricional clínica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Medicare original) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su pedido cada año si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.	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 servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare conforme a todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es un programa estructurado de capacitación práctica, diseñado para implementar cambios en los hábitos alimenticios a largo plazo, aumentar la actividad física y brindar herramientas para superar las dificultades que conlleva adelgazar de manera ininterrumpida y llevar un estilo de vida saludable.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para servicios del MDPP cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare* La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Antígenos • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas • Ciertos medicamentos para la diálisis domiciliaria, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario por motivos médicos, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen[®], Procrit[®], epoetina alfa, Aranesp[®] o darbepoetina alfa) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B y Parte D.	Dentro de la red Coseguro del 20 % por medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare. Coseguro del 20 % por otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por cada medicamento para quimioterapia cubierto por la Parte B de Medicare (según el monto permitido por Medicare). 35% de coseguro por cada uno de los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)* El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. *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 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.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el tratamiento de la obesidad cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios a fin de tratar el OUD a través de un programa de tratamiento para el uso de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para tratamiento con asistencia de medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de ingreso • Evaluaciones periódicas	Dentro de la red \$15 de copago, por visita, por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por consulta de servicios del programa de tratamiento para el uso de opioides cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros de los técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluye almacenamiento y administración) • Otros servicios de radiología de diagnóstico, como, por ejemplo: - o Tomografías computarizadas (TC) - o Resonancias magnéticas (RM) - o Exploraciones por tomografía por emisión de positrones (TEP) • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, como, por ejemplo: - o Estudios de venas y arterias - o Electrocardiograma (ECG) - o Electroencefalograma (EEG) - o Electromiografía - o Ecografía Doppler - o Estudio de conducción nerviosa - o Pruebas neuropsicológicas - o Prueba de la función pulmonar - o Ecografía - o Estudio del sueño - o Prueba de esfuerzo	Dentro de la red \$20 de copago por radiografías cubiertas por Medicare. 20% de coseguro por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare. \$5 de copago por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$0 de copago por mamografías de diagnóstico. 20% de coseguro por todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías). \$0 de copago por colonoscopias de diagnóstico. 20% de coseguro por todos los otros procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por pruebas de diagnóstico y suministros y servicios terapéuticos ambulatorios cubiertos por Medicare (incluidas las radiografías) (según el monto permitido por Medicare).
*Se podría requerir autorización previa.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se prestan para determinar si es necesario una internación o si se puede dar el alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando son proporcionados a pedido de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o solicitar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare llamada “¿Es usted paciente hospitalizado o paciente ambulatorio?” Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://Medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	Dentro de la red \$285 dólares de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios* Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención médica en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Servicios y pruebas de detección preventivos enumerados en esta tabla Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar	Dentro de la red 20% de coseguro por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Nota: a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si califica como paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada “¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!”. La hoja informativa se encuentra disponible en Internet en https://Medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.	

***Se podría requerir autorización previa.**

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. Estos servicios incluyen la estimulación magnética transcraneal (EMT) realizada en el consultorio del proveedor y las visitas para la modificación de los medicamentos. *Se podría requerir autorización previa.	Dentro de la red \$15 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. \$10 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por atención de salud mental para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare):
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).	Dentro de la red \$30 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. \$30 de copago por cada visita de fisioterapia o fonoaudiología cubierta por Medicare. Una derivación de su PCP se requiere. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios ambulatorios de rehabilitación cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Una derivación de su PCP se requiere. Nota: Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios* Los servicios cubiertos incluyen: • Tratamiento ambulatorio individual por abuso de sustancias • Tratamiento ambulatorio grupal por abuso de sustancias *Se podría requerir autorización previa.	Dentro de la red \$15 de copago por cada visita individual cubierta por Medicare. \$10 de copago por cada visita grupal cubierta por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios* Nota: si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del gasto compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. *Se podría requerir autorización previa.	Dentro de la red \$285 de copago por cirugías cubiertas por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. \$245 de copago por cada cirugía cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. Fuera de la red 35% de coseguro por beneficios en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios y en un centro quirúrgico ambulatorio cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Productos de venta libre Los productos de venta libre están cubiertos como parte de la Tarjeta de beneficios flexibles. † Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.	Dentro de la red Para obtener más información, consulte la sección sobre la Tarjeta de beneficios flexibles.† Fuera de la red Para obtener más información, consulte la sección sobre la Tarjeta de beneficios flexibles.†
Servicios de hospitalización parcial* La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Estos servicios incluyen programas intensivos para pacientes ambulatorios (intensive outpatient programs, IOP). *Se requiere autorización previa.	Dentro de la red \$30 de copago por día por cada servicio de hospitalización parcial cubierto por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico* Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP si el médico así lo indica para determinar si necesita tratamiento médico. • Los miembros pueden tener acceso a consultas virtuales o telesalud con proveedores de la red selectos, como PCP y especialistas. Se aplica un copago de consulta para estas consultas. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con enfermedades renales en etapa terminal para miembros que reciben diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital pequeño, un centro de diálisis renal o 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: ○ Hace una consulta en persona menos de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ○ Hace una consulta en persona cada 12 meses a la vez que recibe estos servicios de telesalud. ○ Pueden hacerse excepciones a lo anterior en circunstancias especiales.	Dentro de la red \$0 de copago por cada visita a un proveedor de la red cubierta por Medicare. \$30 de copago por cada visita individual con un especialista. Es necesaria una derivación de su PCP para cada visita a un especialista cubierta por Medicare. 20% de coseguro por inyecciones de medicamentos de la Parte B o equipo médico duradero y prótesis/órtesis si son suministrados por el médico, además del copago de la visita al consultorio. Rango de \$0-\$30 de copago por cada consulta virtual/de telesalud. Se aplican los mismos copagos, requisitos de autorización previa y requisitos de derivación para las consultas virtuales/de telesalud que para las visitas en persona. Fuera de la red \$15 de copago por cada visita al proveedor de atención primaria: cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental brindados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal. Servicios de médicos o profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico* - Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o charla por video) con su médico durante 5 a 10 minutos <u>si</u> 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 <u>si ocurre lo siguiente</u>: - usted no es paciente nuevo; y - la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días; y - 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 la red antes de la cirugía. - Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	\$40 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. Se requiere una derivación de su PCP para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa. Fuera de la red 35% de coseguro por inyecciones de medicamentos de la Parte B o equipo médico duradero y prótesis/órtesis si son suministrados por el médico, además del copago de la visita al consultorio. Entre \$15 y \$40 de copago, o 35% de copago por cada consulta virtual o de telesalud. Se aplican los mismos copagos, coseguros, requisitos de autorización previa y requisitos de derivación para las consultas virtuales/de telesalud que para las visitas en persona. Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.
*Se podría requerir autorización previa.	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	Dentro de la red \$30 de copago por cada servicio de podología cubierto por Medicare. Una derivación de su PCP se requiere. Fuera de la red \$40 de copago por cada servicio de podología cubierto por Medicare. Una derivación de su PCP se requiere.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, 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. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada prueba del PSA cubierta por Medicare.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados* Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación y/o sustitución de estos dispositivos. También se incluye cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas (consulte “Atención médica de la vista” más adelante en esta sección para obtener más información). *Se podría requerir autorización previa.	Dentro de la red 20% de coseguro para dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare. Fuera de la red 35% de coseguro por dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	Dentro de la red \$20 de copago por día por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Una derivación de su PCP se requiere. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Una derivación de su PCP se requiere.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo inadecuado de alcohol para adultos con Medicare (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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son aquellos que tienen entre 50 y 77 años y no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero han fumado un paquete diario desde hace 20 años como mínimo y son fumadores en la actualidad o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y cumplen con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o un profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón, a fin de realizar pruebas posteriores de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.	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 compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención médica primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales muy intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para el

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención médica primaria y se realizan en un establecimiento de atención médica primaria, como en un consultorio del médico.	beneficio preventivo de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando tienen una derivación del médico, cubrimos hasta seis sesiones informativas sobre enfermedades renales de por vida. • Tratamientos de diálisis 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). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.	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. 35% de coseguro por diálisis renal cubierta por Medicare (según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)****Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF)***

(En el capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de “centro de atención de enfermería especializada”, que suele denominarse “SNF”).

El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.

El ingreso a un nuevo centro 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, los siguientes:

- Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)
- Comidas, incluidas dietas especiales
- Servicios de enfermería especializada
- Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos administrados como parte del plan de atención médica (incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).
- 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 de radiología que habitualmente se realizan en los SNF
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF
- Servicios de médicos o profesionales

Generalmente, la atención médica en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, tal vez pueda pagar el costo compartido dentro de la red en un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

- Un asilo de ancianos o una comunidad de atención médica continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)
- Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital

***Se requiere autorización previa.**

Dentro de la red

\$0 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 20.

\$188 de copago por día, por hospitalización: del día 21 al 100.

Fuera de la red

35% de coseguro por atención en un centro de enfermería especializada (SNF)(según el monto permitido por Medicare).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) <u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco:</u> cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales. <u>Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de asesoramiento en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el gasto compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas personales.	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 consumir tabaco cubiertos por Medicare (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco).
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y una derivación del médico responsable de su tratamiento para la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos de la SET. La SET debe tener las siguientes características: • Debe consistir en sesiones de 30-60 minutos, que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para el tratamiento de la AP en pacientes con claudicación. • Debe realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio del médico. • Debe ser proporcionada por personal auxiliar calificado, para garantizar que los beneficios excedan los daños, y capacitado en terapia de ejercicios para el tratamiento de la AP. • Debe realizarse con la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico o un enfermero	Dentro de la red \$20 de copago por día por los servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare. Una derivación de su PCP se requiere. Fuera de la red 35% de coseguro por servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare (según el monto permitido por Medicare). Una derivación de su PCP se requiere.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
especializado/enfermero clínico especializado capacitados en técnicas avanzadas de apoyo vital. Se pueden cubrir 36 sesiones adicionales de SET durante un período de tiempo mayor, además de las 36 sesiones por 12 semanas, si un proveedor de atención médica lo considera necesario por motivos médicos.	
Transporte que no sea de emergencia 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan cada año, proporcionados por el proveedor de transporte de la red. Los servicios deben programarse dos (2) días hábiles por adelantado. El proveedor de transporte seleccionará el medio de transporte adecuado. Las opciones incluyen automóvil, furgoneta o vehículo con accesibilidad para silla de ruedas. Comuníquese con Medical Transportation Management (MTM) al 1-888-513-0705 para obtener más información.	Dentro de la red No se requiere copago para los viajes de ida a ubicaciones de salud aprobadas por el plan. Fuera de la red Sin cobertura
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia y requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. Los ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios son de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener de inmediato la atención médica de un proveedor de la red, entonces el plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor de fuera de la red. Brindamos cobertura internacional.	\$30 de copago por consultas de urgencia cubiertas por Medicare dentro de los EE. UU. \$95 de copago por consultas de urgencia cubiertas por Medicare fuera de los EE. UU.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos por Medicare incluyen: Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de	Cubierto por Medicare Dentro de la red \$30 de copago por cada consulta con

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. La refracción ocular es un estudio que implica mirar a través de un dispositivo para leer letras con distinta intensidad. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, pagaremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.  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 o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular convencional. (Si usted se ha sometido a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). Lentes correctivos/marcos (y reemplazos) necesarios después de extraer una catarata sin colocar un implante de cristalino.**	un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare. Una derivación de su PCP es necesaria para estas visitas. Cubierto por Medicare 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. Una derivación de su PCP es necesaria para estas visitas.
**Todos los anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas, incluidas las refracciones oculares, deben obtenerse a través de un proveedor de atención de la vista de EyeQuest a fin de que se los considere dentro de la red.	\$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 marcos de anteojos o lentes de contacto (o 2 paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
 Atención de la vista (continuación) Atención de la vista de rutina † Los servicios cubiertos incluyen los siguientes cuando los proporciona un proveedor de atención de la vista de rutina de EyeQuest: • Un examen anual de la vista de rutina para determinar si hay cambios en la vista o si necesita anteojos o lentes de contacto. • Refracciones durante un examen de rutina. Los proveedores de atención de la vista de EyeQuest no requieren una derivación.	Cubierto por Medicare Fuera de la red \$40 de copago por cada consulta con un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare. Una derivación de su PCP es necesaria para estas visitas. 35% de coseguro por 1 par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (simples de plástico estándares, bifocales, trifocales o lenticulares) después de cada cirugía de cataratas (según el monto permitido por Medicare). Cubierto por Medicare Fuera de la red 35% de coseguro por 1 par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o 2 paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas (según el monto permitido por Medicare). 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 un proveedor contratado por Essence.†

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios cubiertos	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Exámenes de los ojos, anteojos, mejoras y servicios fuera de la red no cubiertos por Medicare. † Los montos que paga por estos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo que paga de su propio bolsillo.	Las refracciones oculares y la dilatación están cubiertas durante el examen ocular de rutina realizado por EyeQuest, el proveedor de la vista de rutina con contrato.† Para obtener más información, consulte la sección sobre la Tarjeta de beneficios flexibles.†
 Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” El plan cubre la consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y recomendaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” solo en el plazo de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”. Fuera de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)****SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?****Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)**

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

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

Si 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, siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

La única excepción es si se presenta una apelación por un servicio y se decide que es un servicio médico que debería haberse 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 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	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 aliviar el dolor crónico en la parte baja de la espalda] para obtener más información).
Cualquier tipo de pañal o ropa interior de incontinencia, almohadilla interior, ya sea desechable o no, artículos de cuidado personal, lo que incluye, a modo de ejemplo: papel higiénico, pasta de dientes, toallitas de bebé.		(Consulte el capítulo 4, sección 2: Tabla de beneficios médicos (Artículos de venta libre) para más información).
Dispositivos de asistencia para la audición	✓	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
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.	✓	
Tensiómetros		Cubierto si se recibe diálisis renal a domicilio.
Lentes para cirugía de cataratas	✓ Lentes de alta calidad	Medicare cubre lentes estándar. (Consulte el capítulo 4, sección 2: Tabla de beneficios médicos (Atención de la vista) para más información).
Programa comercial de pérdida de peso, que incluye, entre otros: Nutrisystem, Weight Watchers.	✓	
Exenciones de copagos y costos compartidos	✓	
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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	✓	
Atención dental		(Consulte el capítulo 4, sección 2, Tabla de beneficios médicos (Atención de la vista) para obtener más información).
Dispositivos o sistemas para la erección o la anticoncepción	✓	
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales. Los productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		Medicare Original puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Los cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Fitbits, relojes Apple, teléfono móvil o teléfono inteligente	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Membresías en gimnasios		(Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos (Programas educativos sobre salud y bienestar) para obtener más información).
Entrega de comidas a domicilio	✓	
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Artículos no definidos como equipo médico duradero, que pueden incluir botellas de agua caliente, dispositivos para alcanzar o agarrar objetos, pelucas, equipo de ejercicio, dispositivos de alerta o alarma, dispositivos para el baño, la bañera o el inodoro, mesa de cama o accesorios, hidromasaje o bañera, sillas o asientos de ducha y equipo de sujeción y seguridad.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
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.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Dispositivos personales de emergencia, incluidos, entre otros, los siguientes: Life Alert, Mobile Help, Lively Mobile.	✓	
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Modificaciones físicas en su residencia, incluidas, entre otras, las siguientes: detectores de humo, rampas de acceso, salvaescaleras, instalación de elementos cubiertos.	✓	
Habitación privada en el hospital.		Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la visión deficiente.	✓	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Atención quiropráctica de rutina	✓ Toda otra atención de quiropraxia de rutina, incluidas las modalidades y radiografías, a menos que se describa específicamente en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4.	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Cuidado de rutina de los pies		Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos**(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)**

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ninguna situación	Cubiertos solo en situaciones específicas
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos.		(Consulte el capítulo 4, sección 2, Tabla de beneficios médicos (Servicios auditivos) para obtener más información).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare.	✓	
Servicios prestados por los proveedores que figuran en la lista de la Oficina de Control de Bienes Extranjeros (OFAC).	✓	
Servicios que se prestan en la fecha de rechazo y restablecimiento del reclamo de un proveedor sobre la lista de exclusión de los CMS, o entre estas fechas.	✓	
Servicios que se prestan en las fechas de entrada en vigor y de finalización de la exclusión voluntaria de la lista de no participación de Medicare de un proveedor, o entre estas fechas.		Una organización de MA debe pagar por los servicios de emergencia o urgencia prestados por un médico o profesional que no haya firmado un contrato privado con el beneficiario.
Servicios que se prestan en las fechas de entrada en vigor y de finalización de la Oficina del Inspector General (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.
Atención de la vista		(Consulte el Capítulo 4, Sección 2, Tabla de beneficios médicos [atención de la vista] para obtener más información).

CAPÍTULO 5

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro prescriptor) debe darle una receta que sea válida según las leyes estatales pertinentes.
- El prescriptor no debe estar en las listas de exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos “Lista de medicamentos” para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos del plan”*).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

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

Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen costo compartido preferido, que puede ser más bajo que el costo compartido en una farmacia que ofrece costo compartido estándar. El *Directorio de proveedores y farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre qué gastos que paga de su bolsillo podrían variar para diferentes medicamentos.

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

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red, pero ya no ofrece costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una farmacia de la red o preferida distinta, si hay disponible. Para encontrar otra farmacia de su área, puede obtener ayuda del servicio de atención al cliente o usar el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en EverythingEssence.com.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

Para ubicar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al servicio de atención al cliente.

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

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedidos por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que pida un **suministro de 90 días** para medicamentos de los niveles 1 a 4 y **un suministro de 30 días** para medicamentos del nivel 5.

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

Por lo general, el pedido de la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días como máximo. Si se demora su pedido, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente (los números de teléfono están en la portada posterior) y lo ayudarán a conseguir un suministro para corto plazo del 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 de Birdi, Inc. al 1-855-873-8739 (TTY: 711).

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

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a la farmacia de pedido por correo Birdi, Inc. al 1-855-873-8739 o envíe un correo electrónico a Birdi, Inc. a CustomerService@BirdiRX.com.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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 al Centro de atención de Birdi, Inc. al 1-855-873-8739 o mediante un correo electrónico a Birdi, Inc. a CustomerService@BirdiRX.com.

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

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

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

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores/farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener más información.
2. También podría recibir los medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la sección 2.3 para obtener más información.

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

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

- Si los medicamentos con receta 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 con receta que no se encuentra disponible habitualmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia con servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos especiales y los de costo alto).
- Si se trata de uno de los medicamentos cubiertos que se pueden surtir y administrar en el consultorio de su médico.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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

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

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

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

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

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

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso del medicamento *ya sea que*:

- esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual se lo recetó;
- -- o -- esté respaldado por cierto material de referencia, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el DRUGDEX Information System.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca comercial perteneciente al fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos comunes (por ejemplo, medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando decimos “medicamentos”, podríamos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

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

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, 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 del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
*En este nivel hay insulinas selectas disponibles
- Nivel 3: medicamentos de marca preferida
*En este nivel hay insulinas selectas disponibles
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)

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

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

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

Hay tres formas de averiguarlo:

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

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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 dos por día, comprimidos o líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

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

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

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina “**autorización previa.**” 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 el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

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

Límites de cantidad

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 con receta a no más de una píldora por día.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de gastos compartidos que le significa un costo mayor al que usted piensa que le corresponde, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

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

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. El suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

A fin de reunir los requisitos para un suministro temporal, el medicamento que toma **no debe estar más en la Lista de medicamentos del plan O ahora tiene algún tipo de restricción.**

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estaba en el 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 receta médica está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días de suministro de medicamentos. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es 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 31 días por única vez por medicamento. Por ejemplo, los miembros que estén en estas situaciones:**
 - Ingresan en centros de atención a largo plazo (LTC) desde hospitales, a veces junto con una lista de medicamentos del formulario del hospital y se tiene en cuenta una planificación a muy corto plazo (a menudo, menos de 8 horas).
 - Reciben el alta del hospital y van a su casa.
 - Finalizan su estadía de la Parte A de Medicare en un centro de enfermería especializada (donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia) y necesitan regresar a su formulario del plan de la Parte D.
 - Finalizan una estadía en un centro de atención a largo plazo y vuelven a la comunidad.

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

Si tiene preguntas sobre el suministro temporal, llame al servicio de atención al cliente.

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 dos opciones:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al 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 ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

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

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame al servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Los medicamentos de nuestro nivel 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de gasto compartido para los medicamentos en esta categoría.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede modificarse durante el año

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

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

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura de un medicamento que está tomando?**Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información al respecto en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente. A continuación, señalamos las ocasiones en las que le avisaremos directamente si hay cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en la cobertura de los medicamentos que lo afectan durante el año vigente del plan

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o bien, cambiamos el nivel de costos compartidos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas posibilidades)**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Es posible que retiremos de inmediato un medicamento de marca de la Lista de medicamentos si la reemplazamos por una versión genérica recién aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a una categoría de costo compartido superior o agregarle nuevas restricciones, o ambas, cuando se agrega el genérico nuevo.
 - Es posible que no le avisemos antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando dicho medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos. Esto incluye información sobre los pasos a seguir para realizar una solicitud de excepción para que sigamos cubriendo el medicamento de marca. Es posible que no le avisemos antes de que realicemos el cambio.
 - O usted o el prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, consulte el capítulo 9.
- **Medicamentos riesgosos y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se han quitado del mercado**
 - En ocasiones, es posible que un medicamento se declare como riesgoso o que se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, es posible que se elimine inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está usando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
 - Su médico prescriptor también estará enterado de este cambio y podrá ayudarlo a encontrar otro medicamento para tratar su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Podemos implementar otros cambios que afecten los medicamentos que usted toma una vez que haya comenzado el año. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que está en la Lista de medicamentos y modificar el nivel de costo compartido, agregar nuevas restricciones al medicamento de marca registrada o ambos. También podríamos efectuar modificaciones basadas en las advertencias de recuadro de la FDA o en lineamientos clínicos nuevos reconocidos por Medicare.
 - Si hacemos estos cambios, debemos avisarle con al menos 30 días de anticipación, o avisarle sobre el cambio y ofrecerle un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe colaborar con el prescriptor para cambiar a otro medicamento que esté cubierto o que satisfaga cualquier nueva restricción al medicamento que toma.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Usted o su médico prescriptor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo pedir una excepción, 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. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

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

Si recibe 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).

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para 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 con receta 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 pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Nuestro plan cubre medicamentos con receta antitusivos (benzonatato), determinadas vitaminas recetadas (cianocobalamina (vitamina B-12) 1000 mcg/ml, ergocalciferol (vitamina D2) cápsulas de 1250 mcg y ácido fólico, comprimidos de 1 mg) y cantidades limitadas de medicamentos orales genéricos selectos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil (ED) en el nivel 2 de costos compartidos. Revise la Lista de medicamentos para saber si tiene algún tipo de restricción. El monto que paga para estos medicamentos no se

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

tiene en cuenta para calificarlo para la etapa de cobertura catastrófica. (La etapa de cobertura catastrófica se describe en el capítulo 6, sección 7, de este documento).

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

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione la información de su membresía

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de convalecencia) tiene su propia farmacia o se vale de una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

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

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

Consulte la sección 5.2 sobre los suministros temporales o de emergencia.

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

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

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

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

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

Guarde ese aviso sobre la cobertura válida porque podría necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que ha mantenido la cobertura acreditable. Si no

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

recibió el aviso de cobertura válida, solicite una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o del grupo de jubilados, o al empleador o el sindicato.

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamentos contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona que le emite la receta o por su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. A fin de evitar demoras para recibir estos medicamentos que debe estar cubiertos por nuestro plan, pídale al proveedor o al prescriptor del hospicio que le proporcione una notificación antes de surtir la receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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

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

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

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando
- Cantidades peligrosas de analgésicos opiáceos

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

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

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

- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con receta de una o varias farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todos sus medicamentos opiáceos o benzodiacepinas con receta de uno o varios médicos 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 explicará las limitaciones que creemos que deben aplicarse. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos 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 cometimos un error o si no está de acuerdo con la limitación o con nuestra decisión, usted y su médico prescriptor tienen derecho a una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra 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 activo relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si recibe cuidados en un hospicio, paliativos o terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 10.3 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 toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y cuyos costos de medicamentos son altos o que están dentro de un DMP para ayudar a los miembros a utilizar con seguridad los medicamentos opioides pueden recibir los servicios mediante un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. 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 con receta 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. Además, mantenga la lista de medicamentos actualizada y llévela consigo (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

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

CAPÍTULO 6

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

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

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Para comprender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir para obtener los medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, secciones 1 a 4, se explican estas normas.

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

Existen distintos tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina “gastos compartidos”; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El “**deducible**” es el monto que paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- 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.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 1.3 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 que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debe seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

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

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el capítulo 5):

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

Es importante quién paga:

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

Paso a la etapa de cobertura catastrófica:

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

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

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

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la EOB de la Parte D que recibirá incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$7,400, en este informe se le indicará que ha salido de la etapa de interrupción en la cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

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

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” en su cobertura de medicamentos con receta de Essence Advantage. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa están en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa de cobertura inicial

Etapas 2: Etapa del período sin cobertura

Etapas 3: Etapa de cobertura catastrófica

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

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

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

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

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

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- **Información de ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. En él se detalla el costo total de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros en su nombre pagaron.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información “del año hasta la fecha”. Allí se 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.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Disponibilidad de otros medicamentos con receta más económicos.** Incluye información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido más bajo para cada solicitud de medicamentos con receta.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto nos permite asegurarnos de que sabemos qué recetas surte y cuánto paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que quizás pague el costo total de un medicamento con receta. 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. Estos son algunos 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 paga un copago por los medicamentos proporcionados conforme a un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que 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 u organizaciones determinadas también cuentan como gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

asistencia para medicamentos contra el SIDA (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de asistencia médica indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas se calculan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos 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 considera que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos al servicio de atención al cliente. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para Essence Advantage

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

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

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

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

El plan tiene cinco niveles de costos compartidos

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

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferida
- Nivel 4: medicamentos de marca no preferida
- Nivel 5: medicamentos especializados (nivel más alto)

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la sección 2.5 del capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de proveedores/farmacias* del plan.

Sección 5.2	Una tabla que muestra sus costos por un suministro para <i>un</i> mes de un medicamento
--------------------	--

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

Como se muestra en la tabla de la página siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Durante la etapa de cobertura inicial, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, de que reciba Ayuda adicional o de que el producto de insulina se considere Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Hasta un suministro de 30 días)	gastos compartidos minorista preferido (dentro de la red) (Hasta un suministro de 30 días)	gastos compartidos de pedido por correo (Hasta un suministro de 30 días)	gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (Hasta un suministro de 31 días)	gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles). (Hasta un suministro de 30 días)
Nivel					
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$0 de copago	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	\$5 de copago	\$5 de copago
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	\$10 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$10.	\$5 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$5.	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	\$10 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$10.	\$10 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$10.
Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida)	\$47 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$35.	\$42 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$35.	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	\$47 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$35.	\$47 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$35.

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Hasta un suministro de 30 días)	gastos compartidos minorista preferido (dentro de la red) (Hasta un suministro de 30 días)	gastos compartidos de pedido por correo (Hasta un suministro de 30 días)	gastos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (Hasta un suministro de 31 días)	gastos compartidos fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener los detalles). (Hasta un suministro de 30 días)
Nivel					
Nivel 4 de gastos compartidos (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$95 de copago	Un suministro por 30 días no está disponible para pedido por correo.	\$100 de copago	\$100 de copago
Nivel 5 de gastos compartidos (Especialidad)	33% de coaseguro	33% de coaseguro	33% de coaseguro	33% de coaseguro	33% de coaseguro

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 con receta 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 le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

- 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 pagará la cantidad de días del medicamento que recibe en vez de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “gasto compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro de 90 días.

La tabla de la página siguiente muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- 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.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de 90 días)	gastos compartidos de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 1 de gastos compartidos (Genéricos preferidos)	\$15 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de gastos compartidos (Genéricos)	\$30 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$30.	\$15 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$15.	\$12.50 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un \$12.50 de copago

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de 90 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (suministro de 90 días)	gastos compartidos de pedido por correo (suministro de 90 días)
Nivel 3 de gastos compartidos (Marca preferida)	\$141 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un \$105 de copago	\$126 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$105.	\$105 de copago Las insulinas selectas en este nivel tendrán un copago de \$105.
Nivel 4 de gastos compartidos (Marca no preferida)	\$300 de copago	\$285 de copago	\$237.50 de copago
Nivel 5 de gastos compartidos (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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 5.5 Usted permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que los gastos totales en medicamentos alcancen los \$4.660 en el año**

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

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

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, así como cualquier otro tercero, gastaron en sus medicamentos durante el año. Muchas personas no llegan al límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si usted alcanza este monto. Si alcanza este monto, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare los gastos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la etapa de interrupción de la cobertura

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

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

Essence Advantage ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por las insulinas selectas serán de entre \$5 y \$35 por un suministro de un mes. Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, verifique la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica. Puede identificar insulinas selectas al buscar una indicación de “SI” (Selected Insulins) en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están impresos en la portada posterior de este documento).

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Durante la etapa de interrupción de la cobertura, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, de que reciba Ayuda adicional o de que el producto de insulina se considere Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Seguirá pagando estos costos hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Cuando alcanza este monto de \$7,400, sale de la etapa de interrupción de la cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de bolsillo (sección 1.3).

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

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

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

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

Para los medicamentos excluidos cubiertos en la cobertura para medicamentos mejorada, su costo durante la etapa de cobertura catastrófica se determinará con el mismo método mencionado para todos los medicamentos cubiertos por el plan. Consulte el Capítulo 5, Sección 7.1, o llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos excluidos.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: Durante la etapa de cobertura catastrófica, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, de que reciba Ayuda adicional o de que el producto de insulina se considere Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan.

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

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

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

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

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

1. El tipo de vacuna (contra qué se vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* en el capítulo 4).
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde recibe la vacuna.

- La vacuna se puede administrar en una farmacia o en el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- El farmacéutico podría colocarle la vacuna en la farmacia, u otro proveedor puede administrarla en el consultorio médico.

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

- En ocasiones, 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 le corresponde pagar del costo.
- En otras ocasiones, cuando recibe una vacuna, paga solo su parte del costo por el beneficio de la Parte D.

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

Capítulo 6 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

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

- Abonará a la farmacia el copago por la vacuna, que incluye el costo de 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 recibe la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que se la administró.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su administración).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total de 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.
- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama “reembolso”). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Es posible que tenga que cumplir 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 quizás por más de lo que le corresponde del costo compartido según se indica en este documento. 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, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, le avisaremos al proveedor. Nunca debe pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si el proveedor es contratado, aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

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

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

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

- usted solo es responsable de pagar su parte del costo por los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están obligados por ley a brindar atención de emergencia. Si usted paga accidentalmente 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.
 - o Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
 - o 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.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

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

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

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

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

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

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento 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 enviando 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 queja dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, elemento o medicamento.**

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

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Estos son los datos obligatorios que se necesitan para tomar una decisión:
 - o Fecha de servicio
 - o Nombre y dirección del proveedor
 - o Identificación tributaria/NPI
 - o Descripción de los servicios
 - o Descripción de la enfermedad/lesión
 - o Montos cobrados/pagados
 - o Facturas detalladas

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos**o Comprobante de pago**

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (EverythingEssence.com) o llame al servicio de atención al cliente y pida el formulario. (En la portada posterior de este documento, encontrará impresos los números de teléfono del servicio de atención al cliente).

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

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

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

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. 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 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación
--------------------	---

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o en el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para más detalles sobre cómo presentar la apelación, consulte el capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, clínicos o no, se proporcionen de manera culturalmente adecuada y que estén accesibles a todos los inscritos, incluso a quienes tienen competencia limitada de inglés, habilidades limitadas de lectura, incapacidad auditiva o quienes tienen antecedentes étnicos y culturales diversos. Algunos ejemplos de un plan debe cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, brindar servicios de traducción e interpretación, teletipos o conexión de TTY (teléfono de texto).

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

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

Si los proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar especialistas fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran el servicio que necesita, llame al plan para pedir información de adónde puede acudir para obtener este servicio a un costo compartido de la red.

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

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teletipo).

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

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

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, ver a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en el reverso de este documento). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

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

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias mencionadas debajo, si tenemos la intención de suministrar su información médica a otra persona que no le brinda atención médica ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedir autorización por escrito antes de hacerlo a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información médica a agencias del gobierno que controlan la calidad de 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 con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, 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

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

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

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

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

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

Si desea algunos de los siguientes tipos de información, llame al servicio de atención al cliente.

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información 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 con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo 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 llamado apelación.

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

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

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

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

- **Saber acerca de todas sus opciones.** 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. También incluye la información sobre los

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

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

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

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

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

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

- **Obtener el formulario.** Puede 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. También puede comunicarse con el servicio de atención al cliente para pedirnos los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles 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 hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

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

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo ante la agencia estatal correspondiente, por ejemplo, el Departameto de Salud del Estado. Para encontrar la agencia estatal correspondiente de su estado, comuníquese con el SHIP local. Para más información sobre el SHIP, consulte la sección 3 del capítulo 2.

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 con imparcialidad.**

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

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

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

¿Se trata de algo diferente?

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

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

Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos
--------------------	--

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

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

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

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

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** 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 dan los detalles de los servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 le dan los detalles sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El capítulo 1 le indica cómo se coordinan estos beneficios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Informe al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para 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 todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar la prima de su plan.
 - Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, tenemos que saberlo** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

CAPÍTULO 9

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

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

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

- Para algunos 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 guía de la sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal 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 y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se siguen estas pautas:

- Se usan palabras más simples en lugar de algunos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase “presentar una queja” en vez de “presentar un reclamo”, “decisión de cobertura” en vez de “determinación de organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo” y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada a su situación. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

**Sección 2 Dónde obtener más información y asistencia
personalizada**

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el Servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación se mencionan dos entidades que pueden ayudarlo.

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los sitios web en el capítulo 2, sección 3 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para pedir ayuda. Para hacerlo:

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

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

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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

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

Sí.

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

No.

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

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

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

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

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que reciba atención médica de él/ella o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, una solicitud de decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. La solicitud se desestimarán, 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 decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, sea antes o después de recibir un servicio, 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, que analizaremos más adelante, 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 desestimarán, 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 no rechazamos su caso, pero le decimos que no a la totalidad o parte de su apelación de nivel 1, puede pasar a una apelación de nivel 2. A la apelación de nivel 2 la evalúa una organización de revisión independiente que no está conectada con nuestro plan. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2; no es necesario que usted haga nada. En el caso de las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, puede avanzar a otros niveles de apelación (En la sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 4.2 Cómo obtener 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:

- **Puede llamarnos al servicio de atención al cliente.**
- **Puede obtener 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, tendrá que ser designado como su representante. Llame al servicio de atención al cliente y pida el formulario “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [EverythingEssence.com](https://www.EverythingEssence.com)).
- Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 para la atención médica o medicamentos con receta de la Parte B en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 es denegada, su médico o el profesional que le receta puede solicitar una apelación de nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante”, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
- Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame al servicio de atención al cliente y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web [EverythingEssence.com](https://www.EverythingEssence.com)). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local u otro

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

servicio de recomendación. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

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

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

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

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al servicio de atención al cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones del gobierno, como el SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura**Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención médica**

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a la “cobertura de atención médica” o a la “atención médica” que incluye artículos y servicios médicos, así como los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento con receta de la

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas de los elementos y servicios médicos.

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

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **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 a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), tendrá que leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

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

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **“determinación de la organización”**.

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

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

Una “decisión de cobertura estándar” suele hacerse en menos de 14 días o en 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” se toma generalmente en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o de 24 horas para los

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para la atención médica que *aún no haya recibido*.
- Podrá solicitar una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares pudieran *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico le dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - que usaremos los plazos estándares;
 - que si su médico le pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos;
 - cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

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

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, o su médico, o su representante pueden hacer esto. 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 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud **por un producto o servicio médico**. Si su solicitud es de un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** luego de haber recibido su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si su solicitud es de un elemento o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Responderemos a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

proceso para presentar un reclamo es diferente al proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.

Para las decisiones de cobertura rápida usamos un plazo acelerado

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

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

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura 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 Paso a paso: Como hacer una apelación de nivel 1

Términos legales

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

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

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

Una “apelación estándar” suele hacerse en un plazo de 30 días. 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 que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

“apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: 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.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que presenta tarde su apelación cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para realizar la apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información 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 límite para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

revisada por una organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos límite para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un producto o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo (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. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es de un elemento o servicio médico o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Término legal

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

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**
- 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 debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si solicita un producto o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** luego de haber recibido su apelación. Si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es de un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que podría beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

independiente no puede tomarse tiempo adicional para decidir si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un 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 de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para las solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** de recibida 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.
- **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.
 - 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco 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 adjudicador. La sección 9 de este capítulo explica los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?**

En el capítulo 7 se describe cuándo podría necesitar solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

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

Si nos envía la documentación pidiendo un reembolso, nos pide una decisión de cobertura. Para tomar esa decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si ha seguido todas 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 todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **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, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3.

Para las apelaciones 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte 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 las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”. También 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 y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **“determinación de cobertura”**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las situaciones siguientes:

- Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pedir una excepción. Sección 6.2:**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Pedir una excepción. Sección 6.2:**
- Solicitarnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pedir una excepción. Sección 6.2:**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Pedir la autorización previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4:**
- Pedir que paguemos por un medicamento con receta 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 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **“excepción al Formulario”**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **“excepción del nivel”**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro prescriptor tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted 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 del nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción 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 pedirnos una excepción a la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de gastos compartidos inferior.**

Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de gastos compartidos, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para su condición médica que se encuentran en un nivel de gastos compartidos más bajo que su medicamento, puede pedirnos que cubramos el medicamento por el monto de gastos compartidos que corresponde al medicamento alternativo.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos el medicamento en un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel de costo 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 gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de gastos compartidos que corresponde al nivel más bajo que contiene alternativas tanto de marca como genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del nivel 5.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y existe más de un nivel de costo compartido inferior con medicamentos alternativos que usted no puede consumir, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3**Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones****Su médico debe explicarnos las razones médicas**

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de gastos compartidos más bajos no funcionen igual para usted o puedan causar una reacción adversa u otro daño.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

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

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

Las **“decisiones de cobertura estándar”** se hacen en un plazo de **72 horas** de recibida la declaración del médico. Las **“decisiones de cobertura rápida”** se hacen en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

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

- Debe pedir un medicamento que aún no haya recibido. (No puede pedir una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándares podría causar daños graves a su salud o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otro prescriptor nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, le daremos automáticamente una decisión de cobertura de rápida.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida (sin el apoyo de su médico ni de otro prescriptor), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:
 - que usaremos los plazos estándares;
 - que si su médico u otro prescriptor le pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos;
 - cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión de

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamo en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, el cual está disponible en nuestra página web. El capítulo 2 tiene la información de contacto. Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente utilizando el formulario seguro en línea de determinación de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en EverythingEssence.com, en la pestaña Documentos. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique el reclamo rechazado que está apelando.

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

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la “declaración de respaldo”,** es decir, las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos límite para una “decisión de cobertura rápida”

- 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 salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Plazos límite 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 salud así lo exige.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.5 Paso a paso: Como hacer una apelación de nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D, se llama una **“redeterminación”**.

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

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

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

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida de cobertura” que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para las apelaciones estándares, presente una solicitud por escrito.** El capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Para las apelaciones rápidas, puede presentar la apelación por escrito o llamarnos al 1-855-425-0457.** El capítulo 2 tiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS, el cual está disponible en nuestra página web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes también pueden presentarse electrónicamente utilizando el formulario seguro en línea de determinación de la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare que se encuentra en nuestro sitio web en EverythingEssence.com, en la pestaña Documentos.
- **Debe hacer su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberla dejado vencer, explique la razón por la que presenta tarde su apelación cuando haga la apelación. Podríamos darle más tiempo para realizar la apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave le impidió

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para 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 o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos límite para una “apelación rápida”

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una “apelación estándar” 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 recibida su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelaciones de nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura tan rápido como su salud lo requiera, pero no más de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- Si **aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si **rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Paso a paso: Como hacer una apelación de nivel 2

Término legal

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

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro 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. Sin embargo, si no realizamos la revisión dentro del plazo correspondiente, o si tomamos una decisión desfavorable respecto de la determinación “de riesgo” según su programa de gestión de medicamentos, automáticamente enviaremos su reclamo a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su “archivo de caso”. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del archivo de su caso.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- 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 límite para una “apelación rápida”

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una “apelación rápida”, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos límite para una “apelación estándar”

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión debe comunicarle la respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para las “apelaciones rápidas”:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de parte de dicha organización.

Para las “apelaciones estándares”:

- **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 **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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se denomina “confirmar la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta 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.
- 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco 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 adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención médica que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la “**fecha del 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.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos**

En un plazo de dos días de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todos los pacientes que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no le recibe de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o el personal de enfermería), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al servicio de atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Le dice 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 ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no dice la fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención médica) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al servicio de atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital**

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame al servicio de atención al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Compruebe 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 (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche del día de su alta.**
 - **Si usted cumple con este plazo,** 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si **no cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención médica hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea apelar, debe presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicita una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente de que nos contacten, le daremos un **aviso detallado del 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 de ese **aviso detallado del alta** llamando al servicio de atención al cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra por Internet en [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la mejora de la calidad (“los revisores”) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día siguiente de que los revisores nos informaran 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 *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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión 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 *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención médica hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención médica hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de nivel 1. Esto se denomina “confirmar la decisión”.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si 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 adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?
--------------------	--

Término legal

A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “apelación acelerada” .

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar la apelación de nivel 1 sobre la fecha del alta del hospital. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que aún necesita estar en el hospital después de la fecha del alta. Seguiremos brindando sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención médica hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “Entidad de Revisión Independiente” . A veces se la denomina “IRE” .

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.

Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización acepta su apelación**, debemos devolverle el dinero por la parte que nos corresponde de la atención médica hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le dirá cómo iniciar una apelación de nivel 3 con el proceso de revisión, que maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o avanzar a una apelación de nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.1 Esta sección solo se refiere a tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada o servicios de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención médica, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención médica, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención médica, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención médica.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal

“Aviso de 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 dos días antes de que el 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 del plan de dejar de brindarle la atención médica.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más 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 en cualquier momento, llame al servicio de atención al cliente. O llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. 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 pídale 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.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentar la apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

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

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores 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 atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención médica.

Paso 4: Si rechazan su apelación de nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación del nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención médica después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención médica durante un período más 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 a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comunicarse de nuevo con la Organización para la mejora de la calidad para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **dentro de un plazo de 60 días** después de que la Organización para la mejora de la calidad *rechaza* su apelación de nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención médica después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.***¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada respecto de su apelación de nivel 1.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado adjudicador.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si 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 adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de nivel 1?
--------------------	--

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1 *alternativa*

Término legal
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El capítulo 2 tiene la información de contacto.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que dijimos que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención médica.

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

Término legal
El nombre formal para la “organización de revisión independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la denomina “ IRE ”.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa que elige Medicare para ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa el trabajo de esa organización.

Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de nivel 2 ante la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos devolverle el dinero que nos corresponde de los costos de la atención médica que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.

- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que están de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y que no la cambiarán.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si 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.
- En el nivel 3, un juez administrativo o un abogado adjudicador revisa su apelación. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta 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 tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 favorable para usted. Si decide apelar, pasará a una apelación de nivel 4.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o el abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá que 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 en el de nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no 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.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez administrativo o un abogado adjudicador que 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 adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la resolución.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá que 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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 un reclamo sobre la calidad de la atención médica, los plazos de espera, el servicio 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 al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención médica que ha recibido (incluida la atención médica en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro servicio de atención al cliente? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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 las 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 ha pedido una “decisión rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, 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 cumplimos los plazos para cubrir o reembolsarle determinados servicios médicos o medicamentos que estaban 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.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “**queja**” también se denomina “**reclamo**”.
- “**Presentar una queja**” también se denomina “**presentar un reclamo**”.
- “**Usar el proceso para quejas**” también se denomina “**usar el proceso para presentar un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también se denomina “**reclamo acelerado**”.

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de quejas

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Servicio de Atención al Cliente.** Si hay algo que que necesite hacer, Servicio de Atención al Cliente se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Si desea presentar un reclamo (queja), debe:**
 - o Llamar al Servicio de Atención al Cliente; o
 - o 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:
 - o Su nombre y apellido
 - o Su número de identificación de miembro
 - o Toda la información pertinente, incluyendo un resumen del reclamo, cualquier contacto previo con nosotros relacionado con el reclamo y cualquier documento de apoyo que considere apropiado
 - o La acción que nos solicita
 - o Una firma suya o de su representante autorizado y la fecha. Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor u otra persona sea su representante, llame al Servicio de Atención al Cliente y pida el formulario de “Nombramiento de representante”. (Este formulario también está disponible en el sitio web de Medicare, [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). El formulario le otorga a esa persona la autorización de presentar un reclamo en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre y el Plan debe tener una copia del formulario.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Si presenta un reclamo acelerado, estamos obligados a responderle en un plazo de 24 horas. Lo mejor es llamar al servicio de atención al cliente si quiere solicitar una revisión rápida de su reclamo. Puede solicitar un reclamo acelerado si su reclamo se refiere a una de las siguientes circunstancias:
 - Hemos extendido el plazo para tomar una decisión inicial o una apelación y usted cree que necesita una decisión más rápida.
 - Hemos rechazado su solicitud de revisión rápida de una determinación inicial acelerada o de una apelación y usted cree que necesita una decisión más rápida.
- Si presenta un reclamo estándar, estamos obligados a responderle en un plazo de 30 días.
- El **plazo** para presentar una queja es 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que desea quejarse.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque se rechazó su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos un “reclamo rápido”.** Si se le ha concedido un “reclamo rápido”, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de la queja, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención médica a la Organización para la Mejora de la Calidad
---------------------	---

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención médica*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente 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.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

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

Sección 10.5	También puede informarle a Medicare acerca de su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre Essence Advantage directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [Medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

*Cancelación de su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía con nuestro plan

Cancelar su membresía en Essence Advantage 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 podemos cancelar su membresía.

Si va a dejar nuestro plan, el plan debe seguir proporcionándole la atención médica y los medicamentos con receta 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 Anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre su cobertura para el año próximo.

- **El Período de Inscripción Anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si usted decide cambiarse a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan médico de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Medicare original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 o más días consecutivos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
 - Cancelar su inscripción de nuestro plan y obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros de Essence Advantage 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 la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare ([Medicare.gov](https://www.medicare.gov)):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

- Si está recibiendo atención médica en una institución, como un centro de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

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), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan médico de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- O bien, Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días 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 se recibe su solicitud para cambiar su plan.

Si usted recibe “ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

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

- **Llamar al servicio de atención al cliente.**
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare & You 2023** (Medicare y Usted 2022).
- **Llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

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

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan médico de Medicare.	- Inscribirse en el nuevo plan médico de Medicare. - Su inscripción en Essence Advantage se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Medicare original <i>con</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	- Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. - Su inscripción en Essence Advantage se cancelará automáticamente cuando su cobertura en el nuevo plan comience.
Medicare original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el servicio de atención al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo. - También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. - Su inscripción en Essence Advantage 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 atención médica y medicamentos con receta 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 debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

Essence Advantage debe finalizar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a servicio de atención al cliente para averiguar si el lugar adonde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía llame al servicio de atención al cliente.

Sección 5.2	No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud
--------------------	--

Essence Advantage 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 la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede interponer un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas 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, género, edad, orientación sexual, 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](https://www.hhs.gov/ocr/index).

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al servicio de atención al cliente. Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio de Atención al Cliente puede ayudarlo.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Essence Advantage, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

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 asistencial.

Período de Inscripción Anual: 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.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del gasto compartido permitido del plan. Como miembro de Essence Advantage, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le “facturen el saldo” o cobren, de otra manera, más del monto del gasto compartido que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: La forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF, según sus siglas en inglés). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de atención médica para pacientes internados en un hospital (o atención médica especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la empresa farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Etapas de cobertura catastrófica: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

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

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales para atención crónica: Los C-SNP son SNP que limitan la inscripción a personas con necesidades especiales que tienen afecciones crónicas específicas graves o incapacitantes, definidas en el CFR 42 422.2. Un C-SNP debe tener características específicas que superen la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare, así como la coordinación de la atención que se exige de todos los Planes de Atención Coordinada de Medicare Advantage, a fin de recibir la designación especial y las adaptaciones de comercialización e inscripción que se brindan a los C-SNP.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo por los servicios y los medicamentos con receta.

Queja: el nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas *solo* se aplica para determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención médica, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su 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 el servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente externo en un hospital o un medicamento con receta. Un copago es, generalmente, un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los gastos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos o (3) cualquier monto de “coseguro” que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que el plan exige para recibir medicamentos o servicios específicos.

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de gastos 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 el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta 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 acreditable para medicamentos con receta: es la cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, normalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de convalecencia, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, abarca la ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

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

Gasto compartido diario: es posible que se aplique un “gasto compartido diario” cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El gasto compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su “gasto compartido diario” es de \$1 por día.

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

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

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

Planes de necesidades especiales para beneficiarios con doble elegibilidad (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.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un médico para usar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal 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, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (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, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

Ayuda adicional: un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento "genérico" funciona tan bien como el medicamento de marca y suele costar menos.

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 enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Hospicio: Un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro que tiene una enfermedad terminal certificada por un médico, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

Cantidad de Ajustes Relacionada con los Ingresos Mensuales (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado como se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierto monto, pagará la suma prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo extra agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos totales por medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre por el año, alcancen los \$4,660.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan Institucional de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas calificadas que residen continuamente o se espera que lo hagan durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados o centros aprobados por los CMS que prestan servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos en virtud de la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid, y cuyos residentes tienen necesidades similares y un estado de atención médica similar a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo específicos (o poseer y operar dichos centros).

Plan Institucional Equivalente de Necesidades Especiales (SNP): un plan que inscribe a personas calificadas que residen en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse mediante el uso de la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y debe estar

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que viven en una residencia de vivienda asistida contratada (ALF), si fuera necesario, para garantizar que se brinde atención especializada uniforme.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Cargo máximo: en el plan de Medicare Original, el monto más alto de dinero que tendrá que pagar por un servicio cubierto para médicos y otros proveedores de atención médica que no aceptan la asignación.

Cargo máximo (cargo límite): un cargo límite es el límite más alto que pueden cobrarle por un servicio cubierto de médicos u otros proveedores de atención médica que no aceptan como pago total el monto aprobado por Medicare (también conocido como aceptar la asignación). El cargo límite es un 15% más del monto aprobado por Medicare. El cargo límite solo aplica a determinados servicios cubiertos por Medicare y no aplica a algunos suministros o a equipo médico duradero.

Suma máxima que paga de su propio bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año calendario, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que usted paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de bolsillo.

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 medicamento aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

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 Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura mediante Medicare Original. Si elige cambiar a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que el individuo es elegible por primera vez para tener Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una i) HMO, ii) PPO, iii) un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan de HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: un programa que le brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo “ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las Partes A y B de Medicare. La expresión servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, dentales o de audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Plan médico de Medicare: plan médico de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. 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 para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es el seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare): es el seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir los “períodos sin cobertura” de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): una persona con Medicare que reúne los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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 con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor del plan: “Proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los “proveedores de la red” tienen un contrato con nuestro plan y aceptan nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los beneficiarios de nuestro plan. Los proveedores de la red también se llaman “proveedores del plan”.

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. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare “con Pago por Servicio”): El plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

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 “gastos compartidos” anterior. El requisito de gastos compartidos de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que el miembro “paga de su bolsillo”.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta 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: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más.

Plan de Punto de Servicio (POS): un plan que permite que los inscritos busquen atención de un médico afiliado con el proveedor de servicios a un copago fijo o que elijan a un médico no afiliado y paguen una parte mayor del costo.

Costos compartidos preferidos: costos compartidos preferidos significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. El gasto compartido por el miembro será normalmente superior cuando se reciben 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 con receta.

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: una organización de terceros de medicamentos con receta responsable de procesar y pagar los reclamos por medicamentos con receta, de la elaboración y el mantenimiento de la lista de medicamentos (formulario) y la red de farmacias y de negociar los costos con los fabricantes de medicamentos.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: La aprobación anticipada para recibir servicios o algunos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de

Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario.

Dispositivos ortésicos y protésicos: Dispositivos médicos, entre ellos, 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 de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamentos que cubrimos por receta o durante un período definido.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje y terapia ocupacional.

Insulinas selectas: insulinas que forman parte del Programa de ahorro en insulina y por lo tanto incurrirán en copagos bajos y constantes durante el período sin cobertura. Para obtener información sobre qué insulinas son insulinas selectas en virtud del beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos con receta del plan.

Área de servicio: Una zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Centro de Atención de Enfermería Especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. 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 sus planes de salud y de medicamentos o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de convalecencia o si infringimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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 progresiva: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

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: Servicios cubiertos que no son de emergencia que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. Por ejemplo, usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios son de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

Servicio de atención al cliente de Essence Advantage

Método	Información de contacto del Servicio de atención al cliente
LLAME AL	1-855-425-0457 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. El Servicio de atención al cliente también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
FAX	1-888-480-2577
ESCRIBA A	Essence Healthcare P.O. Box 5907 Troy, MI 48007
SITIO WEB	EverythingEssence.com

Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico

El Programa estatal de información sobre el seguro médico para personas mayores 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 Georgia 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 (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que demuestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Oficial de Autorización de Informes, dirección de entrega de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Actualización: Ley de Reducción de la Inflación de 2022 – Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

Como parte de la Ley de Reducción de la Inflación de 2022, se avecinan algunos cambios importantes para que sus medicamentos con receta de la Parte B de Medicare sean más asequibles.

- **A partir del 1 de abril de 2023, se reducirá el coseguro dentro de la red de determinados medicamentos con receta de la Parte B.** A partir del 1 de abril de 2023, si el precio de un medicamento con receta de la Parte B ha aumentado a un ritmo superior a la tasa de inflación, reduciremos su coseguro dentro de la red para ese medicamento en una cantidad determinada según las indicaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). CMS le informará Essence Healthcare cuál debería ser su coseguro para ese medicamento. Su coseguro nunca superará el 20%, pero podría ser inferior en función de la información que recibamos de los CMS.
- **A partir del 1 de julio de 2023, habrá un tope en el costo compartido dentro de la red de la insulina de la Parte B.** Para la insulina de la Parte B (insulina administrada a través de una bomba de equipo médico duradero), no pagará más de \$35 dentro de la red por un suministro para un mes a partir del 1 de julio de 2023.

Si tiene alguna pregunta o duda, o desea información adicional, comuníquese con Essence Healthcare Servicio de Atención al Cliente al 1-855-425-0457 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Essence Healthcare incluye planes de HMO, HMO-POS y PPO que tienen contratos con Medicare. Essence Healthcare también incluye un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y el programa estatal Medicaid. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato.



SERVICIO DE ANTECIÓN AL CLIENTE

LLAME: 1-855-425-0457

Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

Servicio de Atención a los Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.

Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

FAX: 1-888-480-2577

CORREO: Essence Healthcare | P.O. Box 5907 | Troy, MI 48007

SITIO WEB: EverythingEssence.com

Essence Healthcare es un plan HMO-POS con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Essence Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.



DECLARACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE LA PRA

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que demuestre un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

EL PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare. Puede encontrar información sobre el SHIP en Georgia en el Capítulo 2, Sección 3.